

被扶養者認定願（理由書）

※被扶養申請者の申請前の生活状況、生計維持関係と今回扶養申請するきっかけとなった状況の変化を中心に理由を詳細にご記入ください

この度、私の (続柄) (フルネーム) は、

以上の理由により、健康保険の被扶養者として認定願います。

①現在加入している健康保険の種類は何ですか？

1.健康保険 [被保険者・被扶養者] 被扶養者の場合は被保険者名[続柄]
 2.国民健康保険
 3.その他()

②年金を受給していますか？(該当するものに○を付け、課税・非課税を問わず、受給しているすべての年金について記入してください)

1.受給していない →その理由 ①受給年齢に満たない ②保険料納付済期間が不足 ③その他()
 2.受給している
 ①老齢基礎年金 老齢基礎・厚生年金 →年額()円
 ②遺族基礎年金 遺族厚生年金 遺族基礎・厚生年金 →年額()円
 ③障害基礎年金 障害厚生年金 障害基礎・厚生年金 →年額()円
 ④その他:共済年金 個人年金 →()円

③被保険者以外に被扶養申請者(以下、申請者)を扶養する義務がある家族(配偶者、子等)がいる場合、ご記入ください。<例> 申請者「母」→被保険者(次男)以外に長男がいる場合、長男について記入必要

続柄 (申請者から見た)	氏名	年齢	申請者と同居・別居の別	別居の場合	
				申請者への仕送りの有無	1カ月の仕送り金額
			同居・別居	有・無	
上記の方が申請者を扶養できない理由					

添付書類一覧	
(1)	健康保険被扶養者(異動)届
(2)	被扶養者認定願(本紙)
(3)	健康保険被保険者証
(4)	住民票(世帯全員記載・世帯主、続柄のわかるもの)原本
(5)	所得証明又は(非)課税証明書原本
(6)	直近の年金改定通知書
(7)	別居の場合 戸籍謄本 (被保険者と申請者の続柄の確認できるもの)
(8)	仕送りが分かる直近3ヶ月分の振込受領書又は通帳の写し
(9)	

今回、被扶養者として申請するものの内容が事実と相違ないことを申告いたします。また、扶養状況に変更があった場合には、速やかに届出します。事実と相違があった場合には、遡って資格を取消し、健保が負担した医療費および給付金を全期間に亘り、返戻いたします。

平成 年 月 日

事業所

被保険者名 (自署)

印

