

義務教育修了以上の方は、必ずご提出が必要です。
注意事項を読んでからご記入ください。

扶養理由書

この理由書の内容に基づき、扶養状況を確認いたします。満16歳（義務教育修了）以上の方は必ずご提出ください。

1) 被保険者について

記号 番号	記号 10	番号 12345	氏名	健保 太郎	事業 所 所属	日産化学株式会社 〇〇部××グループ
----------	----------	-------------	----	-------	---------------	-----------------------

2) 扶養家族について

氏名	健保 華子	生年 月日	平成 昭和 55 年 5 月 5 日	続柄	妻 (例:妻 次女など)
同居 別居	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 (<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学のための別居 <input type="checkbox"/> それ以外)	⇒ 住民票 送金証明書を添付			
就学 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 学生以外 <input type="checkbox"/> 学生(学校名:)	学生証(写)を添付			

学生の場合は3)以降の項目は記入不要です。

3) 学生以外の方の収入状況について

収入有無	収入等の状況	確認事項	提出書類
<input type="checkbox"/> 収入なし	<input type="checkbox"/> 無職無収入		<input type="checkbox"/> (非)課税証明書
<input checked="" type="checkbox"/> 収入あり (年間 90 万円)	<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入	<雇用状況> 例)パート、アルバイト等 パート勤務	<input checked="" type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 給与明細3ヶ月分(写) <input checked="" type="checkbox"/> 雇用契約書(写)
	<input type="checkbox"/> 自営業 個人事業等の収入	<収入の種類>	<input type="checkbox"/> (非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 確定申告書・収支報告書(写)
	<input type="checkbox"/> 各種年金	<年金の種類>	(非)課税証明書 年金改定通知書(振込通知書)
		<収入の種類>	

交通費なども含めた総支給額を
年間換算してご記入ください。
(これからの1年間の見込額)

提出書類を確認し、用意ができた
ら☑を入れてください。

追加で書類をお願いする場合があります

4) 申請理由 (申請理由により、下記の書類のご提出が必要です。)

申請事由	確認事項・提出書類
<input checked="" type="checkbox"/> 本人(被保険者)の入社に伴う申請	入社 日 平成 29 年 10 月 1 日
<input type="checkbox"/> 婚姻による申請	婚姻日 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 収入の変化(収入減少)に伴う申請	契約 変更 日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 雇用契約書(写)
<input type="checkbox"/> 退職に伴う申請	失業 保険 <input type="checkbox"/> 雇用保険未加入 <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給予定(受給延長) <input type="checkbox"/> 受給しません <input type="checkbox"/> 退職日のわかる書類(写) <input type="checkbox"/> 離職票Ⅰ・Ⅱまたは雇用保険受給資格者証 <input type="checkbox"/> 雇用保険資格喪失通知書 <input type="checkbox"/> 受給期間延長通知書
<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了に伴う申請	受給 終了 日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 終了印のある受給資格証全面(写)
<input type="checkbox"/> その他の事由による申請	<事由> <input type="checkbox"/> ※個別に組合までご相談ください

扶養に入ることになった理由に☑を入れ
日付等をご記入ください。
添付書類が必要な場合はご提出ください。

日産化学健康保険組合 理事

上記申請内容に相違あり

またはその他扶養の実態が

また、扶養削除日以降に保険給付等を受けた場合には、その全額を返済することを誓約いたします。

平成 29 年 10 月 20 日

被保険者氏名

健保 太郎