〔様式：資第23号〕

平成　　年　　月　　日

扶養事実の申立書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

被保険者（社員）氏名	氏名コード	事業所名・担当名 （任意継続被保険者の場合は住所を記入）
印	0　0　0	

認定対象者（扶養に入れたい者）	生年月日	年齢	被保険者との続柄
	昭 平　　年　　月　　日	歳	

【全項目について回答してください。】

	質問事項		被保険者（社員）の回答 （該当するものの□にチェックし、必要事項を記入してください。）
Q1	被保険者（社員）が上記認定対象者を扶養することとなった理由をご記入下さい。		□被保険者（社員）の入社　□被保険者（社員）の結婚　□認定対象者の雇用保険受給終了　□認定対象者の離職 □出産　□離婚　□自営業の廃業 □その他 ______________________________
Q2	認定対象者が子の場合		被保険者の配偶者はいますか？ □ いる(配偶者の扶養状況について下記からお選び下さい。) A. 被保険者が扶養中　B. NTT健保に被保険者として加入中（氏名コード____________） C. 扶養していない（扶養していない場合、配偶者の年間収入を記載願います。 ____________円） □ いない
	認定対象者が子･配偶者以外 例：父、母、義父、義母 兄弟姉妹、孫、甥 姪等 **認定対象者が配偶者の場合はQ2は回答不要です。**	同居の場合	認定対象者と被保険者が同居している場合、他に同居している被保険者の兄弟姉妹または配偶者はいますか？ (該当する方がいる場合は、その方の続柄および年間収入を記載願います。) □ いる　（続柄 ____________　年間収入 ____________円） （続柄 ____________　年間収入 ____________円） （続柄 ____________　年間収入 ____________円） □ いない
		別居の場合	認定対象者と被保険者が別居している場合、認定対象者と同居している親族はいますか？ (該当する方がいる場合は、その方の続柄および年間収入を記載願います。) □ いる　（続柄 ____________　年間収入 ____________円） （続柄 ____________　年間収入 ____________円） （続柄 ____________　年間収入 ____________円） □ いない
Q3	認定対象者の現在の状況と配偶者の有・無を教えてください。 **Q1が｢出産｣の場合Q3は回答不要です。**		①現在の状況 □未就学児、学生　□求職中　□病気療養中　□その他____________ ②認定対象者の配偶者の有無 □いない　□いる　（配偶者の収入は　　年額　　　　円）
Q4	認定対象者の保険加入状況を教えてください。 **Q1が｢出産｣の場合Q4は回答不要です。**		□健保等の被保険者だった　　（健保名　　　　　） □他の者の被扶養者だった　　（健保名　　　　　） □無保険である。　（いつから　　年　　月　　日～） □国民健康保険に加入しており、認定後脱退予定である。
Q5	認定対象者の現在の収入状況を教えてください。 **Q1が｢出産｣の場合Q5は回答不要です。**		1．給与・賃金収入（パート・アルバイト等）がある　□無 □有 月額　　円 2．公的年金収入（障害年金・遺族年金）がある　□無 □有 年額　　円 3．公的年金収入（上記以外）がある　□無 □有 年額　　円 4．事業収入（不動産、農業等含む）がある　□無 □有 年額　　円 5．利子・配当収入がある　□無 □有 年額　　円 6．傷病手当金の受給がある　□無 □有（受給中・申請中） 支給日額　　円 7．雇用保険の受給資格がある　□無 □有（受給中・申請中） 基本手当日額　　円 8．上記以外の収入がある　□無 □有 年額　　円 内容　（　　　　　　　　　　　　） **収入がない場合にも上記欄にすべて記入をお願いいたします。**

【上記以外に申立事項がありましたら記入してください。】

上記記載内容は事実に相違ありません。また、被扶養者認定基準に該当しないこととなった場合は健康保険法施行規則第五十一条四項の規定に基づき速やかに被扶養者認定取消申請を行うものとし、認定取消日以降の保険証使用があった場合には、NTT健保の請求に基づき当該医療費について支払うことに同意いたします。

（平成29.1）

〔様式：資第23号〕

平成　年　月　日

扶養事実の申立書

エヌ・ティ・ティ健康保険組合理事長殿

被保険者（社員）氏名	氏名コード	事業所名・担当名 （任意継続被保険者の場合は住所を記入）
①　健保　太朗　健保	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	②　事務センタ　資格担当

認定対象者（扶養に入れたい者）	生年月日	年齢	被保険者との続柄
③　健保　ハナ	[✓ 昭] 平　35 年 10 月 10 日	56 歳	母

【全項目について回答してください。】

	質問事項	被保険者（社員）の回答 （該当するものの□にチェックし、必要事項を記入してください。）
④ Q1	被保険者（社員）が上記認定対象者を扶養することとなった理由をご記入下さい。	□被保険者（社員）の入社　□被保険者（社員）の結婚　□認定対象者の雇用保険受給終了　□認定対象者の離職 □出産　□離婚　□自営業の廃業 ☑その他　父の死亡による
⑤ Q2	認定対象者が子の場合	被保険者の配偶者はいますか？ □ いる（配偶者の扶養状況について下記からお選び下さい。） A. 被保険者が扶養中　B. NTT健保に被保険者として加入中（氏名コード＿＿＿＿） C. 扶養していない（扶養していない場合、配偶者の年間収入を記載願います。＿＿＿＿円） □ いない
	認定対象者が子・配偶者以外 例：父、母、義父、義母 兄弟姉妹、孫、甥 姪等 **認定対象者が配偶者の場合はQ2は回答不要です。**	同居の場合 認定対象者と被保険者が同居している場合、他に同居している被保険者の兄弟姉妹または配偶者はいますか？ （該当する方がいる場合は、その方の続柄および年間収入を記載願います。） ☑いる（続柄　兄　年間収入　300万　円） （続柄＿＿＿＿　年間収入＿＿＿＿円） （続柄＿＿＿＿　年間収入＿＿＿＿円） □ いない
		別居の場合 認定対象者と被保険者が別居している場合、認定対象者と同居している親族はいますか？ （該当する方がいる場合は、その方の続柄および年間収入を記載願います。） □ いる（続柄＿＿＿＿　年間収入＿＿＿＿円） （続柄＿＿＿＿　年間収入＿＿＿＿円） （続柄＿＿＿＿　年間収入＿＿＿＿円） □ いない
⑥ Q3	認定対象者の現在の状況と配偶者の有・無を教えてください。 **Q1が「出産」の場合Q3は回答不要です。**	①現在の状況 □未就学児、学生　□求職中　□病気療養中　☑その他　無職 ②認定対象者の配偶者の有無 ☑いない　□いる（配偶者の収入は　年額　円）
⑦ Q4	認定対象者の保険加入状況を教えてください。 **Q1が「出産」の場合Q4は回答不要です。**	□健保等の被保険者だった　（健保名　） □他の者の被扶養者だった　（健保名　） □無保険である。（いつから　年　月　日～） ☑国民健康保険に加入しており、認定後脱退予定である。
⑧ Q5	認定対象者の現在の収入状況を教えてください。 **Q1が「出産」の場合Q5は回答不要です。**	1．給与・賃金収入（パート・アルバイト等）がある　☑無 □有 月額　円 2．公的年金収入（障害年金・[✓ 遺族年金]）がある　□無 ☑有 年額　1,000, 000　円 3．公的年金収入（上記以外）がある　☑無 □有 年額　円 4．事業収入（不動産、農業等含む）がある　☑無 □有 年額　円 5．利子・配当収入がある　☑無 □有 年額　円 6．傷病手当金の受給がある　☑無 □有（受給中・申請中）　支給日額　円 7．雇用保険の受給資格がある　☑無 □有（受給中・申請中）　基本手当日額　円 8．上記以外の収入がある　☑無 □有 年額　円 内容（　） **収入がない場合にも上記欄にすべて記入をお願いいたします。**

【上記以外に申立事項がありましたら記入し

①被保険者もしくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
②被保険者は事業所名を記入する。任意継続被保険者については住所を記入する。
③認定対象者の氏名・生年月日・年齢・被保険者との続柄を記入する。
④扶養する理由をチェックし、または記入する。
⑤「認定対象者が子の場合」、「認定対象者が子・妻以外」のどちらかの欄に　続柄に応じ、状況を記入する。
⑥～⑧（出産以外の場合は必須。）該当するものの□にチェックし、金額・状況等を記入する。

上記記載内容は事実に相違ありません。また、被扶養者認定基準に該当しないこととなった場合は健康保険法施行規則第五十一条四項の規定に基づき速やかに被扶養者認定取消申請を行うものとし、認定取消日以降の保険証使用があった場合には、NTT健保の請求に基づき当該医療費について支払うことに同意いたします。

（平成29. 1）