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										
※ ネ	皮保険者氏名欄の押印は、被保険者 認定対象者 (扶養に入れたい		した場合は不	要です。	日		年齢	年齢被保険者との続柄						
				年	月	В	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 (該当するものの口にチェックし、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。	□出産 「□その他	□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											
	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 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?													
	以外 例:父、母、義父、義母			いる場合は、その方の §			います。) 	円)						
Q2	兄弟姉妹、孫、甥	の 場	(続杯	i		年間収入 _		円)						
	姪等 	슈	(続柄 いない	i		年間収入 _		円)						
	認定対象者が配偶者の場 合はQ2は回答不要です。 L	別居の場合	当する方が いる (続材 (続材 (続杯 いない	いる場合は、その方の	続柄および年間	収入を記載願 年間収入 _ 年間収入 _	いる親族はいますか? います。) 	円) 円)						
	認定対象者の現在の状況と 配偶者の有・無を教えてく	①現在の*	, 11,20	□求職中 □病気病	療養中 □その・	也								
Q3	ださい。 !Q1 が「出産」の場合 Q3は回	ı	象者の配偶											
	トー 答不要です。 i			(配偶者の収入は			円)_							
	認定対象者の保険加入状況 を教えてください。		等の被保険		(健保名)							
Q4	Q1が「出産」の場合Q4は回 答不要です。		者の被扶養		(健保名	_ 、)							
					年 月	日~)								
	<u> </u>			加入しており、認定征										
	認定対象者の現在の収入状 況を教えてください。			(パート・アルバイ 障害年金・遺族年金)			□無 □有 <u>月額</u> □無 □有 年額	<u>円</u> 円						
	ا مسمد مسمد	_		は 上記以外)がある	□無 □有 <u>牛頓</u> □無 □有 年額	円								
	¡Q1が「出産」の場合Q5は回 答不要です。	4. 事業」	収入(不動	産、農業等含む)があ	□無 □有 年額	円								
			・配当収入		□無 □有 年額	円								
Q5		6.傷病 - 	手当金の受	給がある	□無 □有 (受給中									
		7. 雇用4	保険の受給	資格がある		支給日額 □無 □有 (受給中	<u>円</u> ・ 申請中)							
		,,,,,,,,	~44			基本手当日額	円_							
		8. 上記』	以外の収入	がある		Ī	□無 □有 年額	H						
		1	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	<u> </u> 記以外に申立事項がありまし	<u> </u> たら記入	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。

〔様式:資第23号〕

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	健解	()	0	0	1	2	3	4	5	6	7	2	事務センタ	資格担当

 ※被保険者氏名欄の押印は、被保険者本人が自署した場合は不要です。
 生年月日
 年齢
 被保険者との続柄

 ③ 健保 ハナ
 昭和 35 年 10 月 10 日 56 歳
 母

【全	【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 (該当するものの口にチェックし、必要事項を記入してください。)										
	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 ぞの他 <u>父の死亡による</u>										
	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										
(5) Q2	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 <u>姪等</u> 	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?										
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。	□ いない 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。 	1. 給与・賃金収入 (パート・アルバイト等) がある 2. 公的年金収入 (障害年金 遺族年金) がある 3. 公的年金収入 (上記以外) がある 4. 事業収入 (不動産、農業等含む) がある 5. 利子・配当収入がある 6. 傷病手当金の受給がある 7. 雇用保険の受給資格がある 7. 雇用保険の受給資格がある 7. 雇用保険の受給資格がある 7. 雇用保険の受給資格がある 7. 雇用保険の受給資格がある 8. 上記以外の収入がある 7. 収入がない場合にも上配欄にすべて配入をお願いいたします。										
	 記以外に申立事項がありまし											

- 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。)該当するものの口にチェックし、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。