

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

①	健保 太郎	健康
---	--------------	-----------

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)	
0	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。

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	昭和 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。	<input type="checkbox"/> 被保険者（社員）の入社 <input type="checkbox"/> 被保険者（社員）の結婚 <input type="checkbox"/> 認定対象者の雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 認定対象者の離職 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 自営業の廃業 <input checked="" type="checkbox"/> その他 父の死亡による
⑤ Q2 認定対象者が子の場合 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。	被保険者の配偶者はいますか？ <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> いない 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。) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> いない 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。) <input type="checkbox"/> いる (続柄 _____ 年間収入 _____ 円) (続柄 _____ 年間収入 _____ 円) (続柄 _____ 年間収入 _____ 円) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未就学児、学生 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input checked="" type="checkbox"/> その他 無職 ②認定対象者の配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 健保等の被保険者だった (健保名 _____) <input type="checkbox"/> 他の者の被扶養者だった (健保名 _____) <input type="checkbox"/> 無保険である。 (いつから _____ 年 _____ 月 _____ 日～) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月額 _____ 円 2. 公的年金収入（障害年金 遺族年金 ）がある <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 年額 1,000,000 円 3. 公的年金収入（上記以外）がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 _____ 円 4. 事業収入（不動産、農業等含む）がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 _____ 円 5. 利子・配当収入がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 _____ 円 6. 傷病手当金の受給がある <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年額 _____ 円 内容 (_____) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">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。</div>

【上記以外に申立事項がありましたら記入して】

- 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と相違ありません。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。