_				健康	保険被	t養者 異動局	る <扶	養家族に	したいときこ	>				W 17 It to
		• • • •	-		ないでくださ 不可となりま	13.4 H	長 関係	月 日 担 当	事業主担当印および受付日	発生日内に提	始めた日(事 3 1)から14日以 と出してください 以内の受付		記入が必要です 個人番号の記入の	/ ₄ ,) <u>厳 秘 情 報</u> にたは個人番号の。 の要否については、 示に従ってください。
	作月	成しま		呆険証を ご、正確 さい。		」 は業務時間内(9 線・PHS・外線			絡が取れる	→事 14日を	実発生日の認 を超える受付 付日の認定	E THE	A THOMESON PRINTERS	F 4 月 6 日届出
	被保険者	长 名	•	<u> </u>	被保険者証の番号		会社名 . 所属 連絡先	X (否 052) △△支店 ××グルーフ - 880 - OC			時点の状況をしてください。	申請時点から(未来収入)	51年間の見込みの収入)を記入してください。
	_	フリガ· 氏 名	姓	ケンホ 健保	名	キク	続 柄	生 4 昭和成和 〇 個人 番号	⊤年 申請する	家族の個人 してください。	職業 無職	学生 バイト _/	居住 別居理由 □ 単身赴任 同居 □ 就学 別居 □ 施設入所 □ その他	収入 年 込額) 給与 F 年金 960,000 F 事業 F その他 F
被保険者記入欄	申請する家族	右のア	養し始 は由】 で~ケのかを記入	イ 婚姻 < ウ 退職 < エ 雇用保	出生の日> 婚姻した日> 退職日の翌1	○○ 年 <>內の 年 住民票の異動 た日)を記入 屋田保险給付量系	してください	なっよい。	健康保険 いずれかを選択 (出生)が あなた(る方がし 助成制	□ _{未加入}	険 先の健康保険で任意 こよる医療費の る場合は「有」 を選択してくださ	意継続 「「「「」」 「「」 「「」 「「」 「」 「」 「」 「」	有	表 庭 特定疾患) 歌告書(組合所定用紙)」が必要にな
	-	•	は保険	キ 被保険 ク 同居開 ケ その他	始<住民票異 セ<事実発生	版保険者の貧格 動日> ヨ> (1日)>	健保 二郎	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	マックス 会社員 ペート、アルバイト その他(入入	年額(見込額) 4,000,000 円 ☑ (円 □ 国	加入の健康保険 ××グループ)健康保険組合 日民健康保険組合 の他(
	右のA~Dの いずれかを記入 B 受給期間の延長申請予定 申請する家 C 受給申請しない なお、受給 □ (60歳							情する家族の雇 情する家族の雇 ら、受給開始に作 い、その間の医 (60歳以上の方	用[# 申 請する ○夫婦	共働きで共同	を支えている方 引して子を扶養 して両親を扶養	している。	は記入してください。	
健保処理欄	 続柄 "同居"の事実確認の他、収入状況等の確認が必要です。添付書類の一覧表をご確認ください。 仕 必要名) 円 < 13 円 < ②	07	母:キクの配偶			くご健在の場合に記え している場合も含む。	
檷					/年③	仕送確認口 ①)場合の仕送り必要	額(円 < ③)円/年		適」である場合に	よ□に✔する。 仕ょ	医確認は別居の	豕族(配偶者・字生 の子を	除く の番食時のみ実施

健康保険 状況報告書 <生計維持確認>

用紙サイズの変更はしないでください。 また、裏紙での申請も不可となります。 関係

は、健康保険法第3条第7項各号において被扶養者 計を維持するもの」と定められているため、生計維持

場合を除く)を行う上で、重要な書類となりますの

で、実態をありのままご記入ください。

扶着

[記載上の注意事項] 自筆で署名してください。 ◎申請する家族が複数の時は、まとめて1枚の申請で構いませ

- ◎同居している家族[世帯]全員の状況を記入してください。
- ◎生活費の内訳「その他」は、被服費、通信費、教育費等が含まれます。
- ◎施設入所の場合は同居とみなします。
- ◎記載内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定そのものを取り消すことがございます。
- ◎費用については、1ヶ月あたりの平均額をご記入ください。

中部電力健康保険組

日付を必ず記入してください。

以下、記載事項のと

記号

○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 被保険者証の

被保険者証の 12345 番号

被保険者 氏名

健保 太郎

<u>申</u>	青する	家族と同居し	ている場合	※同居している家族[世帯]全員の状況を記入してください。																		
			世帯全体の 月額 (①~⑥計)		費用負担状況(内訳)															申請する家族に配偶者がいない		
被		生活費の 内訳			①被保険者		②家族			③家族			④家族			⑤家族			⑥家族		矢	場合、その理由をご記入ください。
保	同	同居の場合)			名前	花子 妻		名 ひかり		514)	名前 大知 続柄 子		知	名前	キク		名前			*夫婦は相互扶養義務により扶養義務 者が配偶者となるため、状況確認が不可欠です。
険者記	居		が場立				続柄			続柄	続柄				7	続柄		<u></u>	続柄			
入		居住費 10		万円	10	万円		0	万円		0	万円		0	万円		0	万円			万円	【理由】
欄		食費	食費 8 万円		7	万円		0	万円		0	万円		0	万円	1		万円			万円	
		水道光熱費	熱費 2 万円		2	万円	0		万円		0	万円	0		万円		0	万円			万円	離別しているため
		その他	10	10 万円		万円		2	万円		0	万円		0	万円	0		万円			万円	内田 グリし くいる だなり
		合計	30	万円	27	万円		2	万円		0	万円		0	万円		1	万円			万円	

申請する家族と別居している場合 ※別居している家族[世帯]全員の状況を記入してください。 費用負担状況(内訳) ④その他家族で ①被保険者から 2家族 ③家族 世帯全体の 生活費の 生活費を負担 月額 の仕送月額 している方 内訳 被保険者記入欄 (①~④計) 氏 名 二郎 キク 名 前 前 別 別居の場合 続柄 続 居 弟 母 万円 居住費 万円 万円 8 計算式により自動 食費 2 万円 0 万円 万円 水道光熱費 で表示されます。 万円 万円 万円 0 その他 万円 3 万円 万円 合計 16 万円 万円丁 5 万円 万円 3 万円

計算式により自動 で表示されます。

場合、その埋田をご記入ください。

「別居の場合の注意事項]

◎別居の扶養家族の収入以上の仕送 りが必要となります。

◎別居家族の生活費と被保険者から

申請する家族の生活を支えている方がいる場合は 記入してください。

例1)配偶者がご健在の場合

※75歳以上で後期高齢者医療制度へ加入 している場合も含む

例2) 兄弟姉妹で共同して扶養している場合