

健康保険  
被扶養者申請

給与収入のみである旨の申立書

被保険者・申請対象家族 記入用

この度、被扶養者の認定を受けようとする者の収入につきまして、提出した労働契約書等に基づき給与収入のみであることを申立てます。

申請日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください																
	氏名 (フリガナ)																			
	事業 所名																			

被 保 険 者 ・ 申 請 家 族 記 入 欄	申請家族 の氏名	(フリガナ)	続 柄	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
				<input type="checkbox"/> 令和			
	申請対象者の 就業先名						
	労働契約上の 収入見込月額	月額	円				
	労働契約上の 収入見込年額	年額	円				
<p>健康保険の被扶養者申請にあたり、上記内容に相違ありません。</p> <p>万が一申告内容に事実と相違があった場合は、認定日にさかのぼって被扶養者の認定を取り消され、その間に使用した医療費は全額返還することに同意いたします。</p> <p>また、健康保険法第217条 (※) に基づき罰則を受ける場合があることを理解いたします。</p> <p>※参考法令 健康保険法第二十七条 被保険者又は保険給付を受けるべき者が正当な理由がなく (中略) 申出をせず、若しくは虚偽の申出をし、又は文書の提出を怠ったときは、十万円以下の過料に処する。</p>							
<p>被保険者署名： (直筆記入) _____</p> <p>申請対象家族署名： (直筆記入) _____</p>							

健保受付日付印

※本証明書は、当組合が健康保険被扶養者認定の確認のために必要な書類です。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。