大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

健康保険
被扶養者申請

申　立　書

被保険者・申請対象家族 記入用

この申立書は、扶養申請者の状況を詳細に確認するためのものです。扶養申請対象者を扶養しなければならない事情等を具体的にご記入ください。なお、事実と相違した場合、認定時に遡って被扶養者資格を取消すことがあります。

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 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
申請理由	被保険者が扶養しなければならない理由、事情を詳しくご記入願います。 （被保険者以外に扶養義務を負う者があるときは、その者が扶養できない理由についても明記してください。）			

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。
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。
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。

※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。

被保険者署名：
（直筆記入）

申請対象家族署名：
（直筆記入）

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。

2026.1