大阪瓦斯健康保険組合　理事長　殿

健康保険 被扶養者申請	別居している家族の扶養申請に関する 自己申告書	被保険者 記入用

申請日　　年　　月　　日

別居している家族を申請するとき

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	

被保険者記入欄	申請家族の氏名	（フリガナ）		生年月日　年　月　日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
	続柄		年齢	歳	
	申告内容	上記家族に際し、以下のとおり申告いたします。 1. 本申請以降も継続して「送金（仕送り）」を実施する。 2. 「送金証明書」は廃棄等をせず、責任を持って全て保管し、健康保険組合から提出を求められた場合（資格確認等）は、速やかに応じる。[最低3年分] 3. 今後、上記対象者の状況に変更があった場合は、速やかに必要な手続きを行う。 （資格喪失手続きなど） 【状況の変更：例】 ・被扶養者が就職（パート・アルバイト含む）、また年金の金額変更など収入の状況が変わった。 ・別居から同居になった。 ・被保険者の同居世帯に扶養家族が増えて、仕送りの金額が変わり、別居の被扶養者の収入を上回る送金が出来なくなった。 4. 本誓約書内容に相違があった場合は、遡って被扶養者資格を取り消されても異存はありません。 年　月　日 被保険者署名： （直筆記入）			

※参考
・被扶養者の収入を上回る送金でなければ、主として扶養していることにはならない。
・送金は原則毎月行う。
・「送金証明書」とは、振込依頼書（控）や預金通帳（写）など、送金者・受取者の氏名、受取月日、送金額が確認できるものとし、手渡し、預け入れは認めない。

※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。

健保受付日付印

※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。

2025.1