

扶養認定日	令和 年 月 日
認定不可	

決定	令和 年 月 日
常務理事	事務長 担当者

扶 養 申 請 書

日本化薬健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

(被保険者)

住 所

氏 名

下記のとおり申請します

被保険者証の 記号と番号	記号	番号	事業所 の名称		
申請の 対象者 について	氏名	フリガナ	続柄	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	住所
	申請の 事由				
	退職の 年月日	令和 年 月 日	会社名又は 勤務先		所在地
	加入していた健康保険または国保	健康保険・国保		老人医療等公費医療受給の有・無 有()・無	
	収入に ついて	雇用保険(受給・手続中・受給なし)	年金・恩給等	その他(不動産・配当等)	
		期間 ~ 月額 円	年額 円・なし	月額 円・なし	
申請者の仕送り・生計費援助額...毎月			円・年額	円	収入は公的証明を添付

申請者以外にも扶養義務者(扶養できる人)がいる場合、下欄に記入して下さい。

氏名	続柄	年令	職業(勤務先)	扶養家族	住 所	収入(月額)	(年額)
		才		人		円	円

事業主の 証明欄	上記の内容に相違ないことを証明します
	令和 年 月 日
	所在地
	事業主名称 氏名

添付書類

- 無職・無収入の証明...地方税の非課税証明、身体障害者の場合はその手帳写、長期療養者の場合は医師の診断書を添付して下さい。
- 収入額の証明.....年金又は恩給証明写、地方税の課税証明、申請時以降の収入見込み証明書等添付して下さい。
- 退職証明.....扶養される方が退職の場合は勤務先の源泉徴収票(写)、又は雇用保険の離職証明書(写)を添付して下さい。
- その他.....必要に応じ扶養の事実を立証できる証明書類を提出又は提示していただくことがあります。

受付日付印