

扶養申立書

組員証記号番号	所属	組員氏名
NGY-		

1 被扶養者として申告する認定対象者

氏名	続柄	生年月日	年 月 日	居住状況	同居・別居

2 扶養を必要とする理由 今までの生活状況や現在の生活状況及び組員が扶養しなければならない理由、今後の予定等を記入。

3 被扶養者として申告する認定対象者の状況

(1) 直近の健康保険加入状況について (必ず記入)			
加入していた医療保険制度の種類		資格喪失年月日	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 勤務していた会社等の保険 (任継含む) :健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (任継含む) :健康保険組合・全国健康保険協会・共済組合等の被扶養者 <input type="checkbox"/> 未加入 (年 月頃から未加入)		<input type="checkbox"/> 年 月 日 資格喪失 <input type="checkbox"/> 資格喪失前	
(2) 退職について(過去1年以内に退職した場合は記入)		(6) 今後の収入状況について (18歳以上の場合は記入)	
直近の退職日	年 月 日	雇用保険失業給付	<input type="checkbox"/> 勤務していなかったため該当なし <input type="checkbox"/> 給付制限期間後に受給予定 <input type="checkbox"/> 受給資格はあるが受給しない <input type="checkbox"/> 加入期間不足で受給資格がない <input type="checkbox"/> 受給延長予定又は受給延長中 (年 月頃まで) <input type="checkbox"/> 受給中 (日額 円) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 受給終了(年 月 日)
退職理由	<input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 定年 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他 ()		
(3) 組員の配偶者について (子を申告する場合は記入)			
配偶者あり	<input type="checkbox"/> 組員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 他の医療保険制度に加入中 <input type="checkbox"/> 本市職員 (職員番号:)		
配偶者なし	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚		
(4) 認定対象者の配偶者について (父母、兄弟姉妹等を申告する場合は記入)		給与収入 (パート・アルバイト等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月額 円)
配偶者あり	<input type="checkbox"/> 組員の被扶養者 <input type="checkbox"/> 組員以外の被扶養者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他の健康保険の被保険者	年金収入 (非課税年金含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年額 円) → <input type="checkbox"/> 老齢・退職 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> その他 ()
		事業収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年額 円)
配偶者なし	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 死別 (年 月死亡) → 遺族年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	不動産収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年額 円)
		傷病・出産手当金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日額 円)
(5) 組員の兄弟姉妹等について (父母、兄弟姉妹等を申告する場合は記入)		その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年額 円) 種類 ()
		(7) 送金状況について (別居の場合は記入)	
氏名	続柄	居住状況	
		同居・別居	送金方法 <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他 () ※手渡し不可
		同居・別居	
		同居・別居	
		送金額	月額 円

(あて先) 名古屋市職員共済組合理事長

上記の事項は事実と相違ないので被扶養者と認定されるよう申立てます。

なお、事実と相違した内容があった場合には、被扶養者資格を認定日に遡って取消し、保健給付等を返還することに異議ありません。

また、今後被扶養者の要件に該当しなくなった場合は、速やかに扶養取消し手続きをします。

年 月 日

組員氏名 _____