

提出日: 令和 年 月 日  
(被保険者⇒会社の健保事務担当者)

## 扶養するに至った理由書

扶養認定にあたり認定対象者について下記の通り申告致します。

被保険者	保険証 記号・番号		被保険者 氏名	⑧	
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	年齢:	歳 男・女
認定 対象者	対象者氏名		続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	年齢:	歳 男・女

認定対象者を扶養するに至った理由等をお書きください。

認定対象者の状況については、次の通りです。

### 1. 認定対象者の扶養義務者の有無及び資金的援助についてお答えください。

認定対象者には、現在、被保険者(今回の申請者)以外に扶養義務者(認定対象者の配偶者・両親・子(成人した扶養能力のある)はいますか? いる・いない どちらかに☑をしてください。

- いる → いる場合は、次の問いにもお答えください。
- ・扶養義務者はどなたですか? 該当する方に☑をしてください。(複数選択可)
  - ・また、扶養義務者から資金的援助(生活費・養育費など)を受けている場合はその月額をお書きください。

【扶養義務者】	【資金的援助の金額】
<input type="checkbox"/> 配偶者	(月額 円)
<input type="checkbox"/> 父	(月額 円)
<input type="checkbox"/> 母	(月額 円)
<input type="checkbox"/> 子(成人した扶養能力のあり)	(月額 円)
<input type="checkbox"/> 他( )	(月額 円)

いない

### 2. 被保険者が認定対象者を扶養するに至った理由をできる限り詳細にお書きください。

認定対象者は、今まで別の誰に扶養されていたのか?あるいは被保険者だったのか?

その状況がどう変化して、被保険者が扶養するに至ったのか?

### 3. 認定対象者の現在加入の健康保険についてお答えください。

・認定対象者は、現在健康保険に加入していますか? 該当する方に☑をしてください。

- 加入している → 加入中の方は、該当する項目を○で囲むか記入してください  
国民健康保険・協会けんぽ・健康保険組合・共済組合・その他( )
- 加入していない