被扶養(申請)者生計維持状況調査票 (18歳未満の子)

◆ 太枠内をボールペンで詳しく記入してください
◆ 記入もれのないよう、提出前に十分ご確認ください。
◆ 異動届に記入した内容と相違のないようご注意ください。

記号番号	１１ ― ０２０２	被保険者氏名	健保　保子

Ⅰ 被扶養申請者(以降「申請者」と言う)について

氏名(年齢)	健保　一郎 (３才)	続柄	長男	世帯	同居・別居
生年月日	平成・令和　２年　１０月　１０日				
医療助成	受けていない・受けている (助成内容:　子ども医療　)				

Ⅱ 扶養するに至った年月日、理由について

時期	令和　５年　１２月　１日より
申請理由	離婚により自分が子どもを引き取ったため

Ⅲ 現在加入中または今まで加入していた保険の種類について

該当するものに○をつけ、各項目欄に記入してください

医療保険の種類		1. 健康保険組合	健康保険組合名:
			事業所住所:
		2. 全国健康保険協会(協会けんぽ)	事業所名:
			事業所住所:
		3. その他公的医療保険	名称:
	1～3と回答された方		被保険者氏名:　続柄: 被保険者の住所: 被保険者の電話番号:
	○	4. 国民健康保険	国民健康保険名(例○○市健康保険): ○○市健康保険
状況	○	a.現在も加入している	
		b.以前は加入していたが、現在は加入していない	脱退日:

Ⅳ 被保険者以外の生活支援者の状況

養育費の有無	なし・あり	※ありの場合、以下を記入してください			
氏名	山田　健康	続柄	父	年齢	36
住所	愛知県豊田市刈谷町１－１		電話番号	090-1234-0000	
被保険者との同居	同居・別居		支援者の年収	400万円	
申請者への生活支援年額	12 万円				

その他の支援者の有無	なし・あり	※ありの場合、以下を記入してください			
氏名		続柄		年齢	
住所			電話番号		
被保険者との同居	同居・別居				
申請者への生活支援年額	万円				
氏名		続柄		年齢	
住所			電話番号		
被保険者との同居	同居・別居		支援者の年収	万円	
申請者への生活支援年額	万円				

Ⅶ 被保険者署名欄

本届の申告に事実と相違があった場合、被扶養者の認定を取り消すとともに、その間にかかった医療費・保険給付費・保険関係利用費等 健康保険組合が負担した金額を全額返納致します。

被保険者氏名(自署)　健保　保子

◆故意による虚偽の届出をした場合は健康保険法により処罰されます。

◆ お問い合わせ先　トヨタ紡織健康保険組合　適用・給付グループ ℡　0566-26-0305 (内線 811-3050)

個人情報の保護について　：　この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

R6.1改