

扶養の申立書

※状況に応じて、内容を確認するための書類を依頼することがあります。

組合員等 記号番号	—	組合員氏名			
被扶養者 氏名		続柄 (戸籍上の続柄)	年齢	歳	
1 認定を受けようとする者の現状について記入してください。 (該当にチェック。複数ある場合は全て選択してください。)			2 扶養されるまでの状態		
<input type="checkbox"/> 学生(学校名:)	収入見込	①届出前の勤務状況(ある場合のみ記入)			
<input type="checkbox"/> 勤務中(勤務先:)	, , 円	勤務先:			
<input type="checkbox"/> 給与収入のみ【労働契約書または労働条件通知書を添付要】		在職期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			
収入については、直近の金額がわかる書類を添付してください。			②雇用保険の加入状況		
<input type="checkbox"/> 農業・営業等に従事(自営業含む)	, , 円	<input type="checkbox"/> 受給予定 <small>(基準額以上の基本手当を受給開始したときは、取消の手続きを行ってください。)</small>			
<input type="checkbox"/> 年金受給中(老齢、遺族、障害、企業、その他)	, , 円	<input type="checkbox"/> 受給資格はあるが、受給しない			
<input type="checkbox"/> 休業補償等受給中(傷病、育児休業手当金等)	, , 円	<input type="checkbox"/> 受給資格なし <input type="checkbox"/> 未加入			
<input type="checkbox"/> その他収入(不動産収入、株式、債券、配当等)	, , 円	<input type="checkbox"/> 受給済 (令和 年 月 日 受給終了)			
<input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 休業中(期間等:)	計 円	③申告前(現在)の医療保険制度			
<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 無職 ※下記にその理由を記入してください。【必須】		<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合			
(理由:)		<input type="checkbox"/> 任意継続(認定日は、任意継続資格喪失後となります。)			
<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 健康保険の被扶養者			
3 父母等で、いずれか一方を認定する場合、記入してください。			④扶養されるまでの状況を記入してください。		
認定する者に配偶者がある場合→配偶者の収入:		円			
配偶者のない場合→恩給、遺族年金の収入:		円			
4 配偶者又は18歳未満の子以外を認定する場合は世帯全員の状況を記入してください。(認定対象者を除く)					
続柄	氏名	職業	年齢	年間収入	共済使用欄
				, , 円	認定・認定外
				, , 円	認定・認定外
				, , 円	認定・認定外
				, , 円	認定・認定外
5 生計維持しなければならない理由を詳しく記入してください。※組合員が主として金銭的な負担をしている必要があります。 ※同居の場合、原則、組合員の収入が、認定対象者の収入の倍以上あることが条件になります。					
※別居している者を認定する場合は、別居の理由及び組合員からの援助額を記入してください。 原則、別居者の収入以上の仕送りを、恒常的に行っていることが条件になります。 仕送りを証明する書類の提出が必要です。(生活費(光熱水費等)が支出されている口座へ、毎月、送金している額がわかる通帳のコピー等。配偶者及び学生である子については添付不要。一括送金、手渡し、現物支給は不可。)					
				月額	円
申立者欄	被扶養者について、私が主として生計を維持していることを申し立てます。また、共済組合の認定基準を理解し、その要件を欠いたときは、すみやかに取消手続きを行うことを確約します。		上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。		
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		
	三重県市町村職員共済組合理事長 様		所属所長		
氏名		職名			
		氏名			