

4. 被保険者以外の扶養義務者についてご記入ください。

※他に扶養義務者がいない場合は氏名欄に「なし」と記入。続柄は認定対象者からみた続柄を記入。

氏名	続柄	年齢	認定対象者と	収入(月額)	認定対象者への援助の状況
			同居・別居	円	有(円/月) 無
			同居・別居	円	有(円/月) 無
			同居・別居	円	有(円/月) 無
			同居・別居	円	有(円/月) 無

5. 認定対象者の世帯の生活費についてご記入下さい。

※認定対象者と生計を共にする世帯全体の毎月の生活費をご記入ください。

生活費(住居費含む)	月額: 約 円
上記生活費の負担状況	●被保険者 約 割程度
	●認定対象者 約 割程度
	●その他の負担者 約 割程度
	(負担者氏名: 対象者からみた続柄:)
別居の場合の仕送り額	月額: 約 円 ⇒ ※仕送り額が分かる書類のコピーが必要です

上記のとおり、認定対象者は主として私の収入により、生計を維持していることを申し立てます。
 なお、事実と相違していた場合は、被扶養者の認定を遡って取り消され、保険給付費等を返還することに異議ありません。また、認定基準から外れる状況になった場合は、ただちに扶養削除の届出を致します。

年 月 日 被保険者 住所
 氏名
 住友不動産販売健康保険組合 理事長殿 電話 ()

(注) この申立書は、被扶養者の認定以外の目的では使用いたしません。
 虚偽の記載があった場合は、健康保険法第217条により罰せられます。
 この申立書により扶養の事実を確認できない場合は、適宜書類の提出を求めることがあります。