

扶 養 事 実 申 立 書

この扶養事実申立書は、あなたが被扶養者として届出ようとする者の一人一人について扶養の状況を詳しく届けることにより、共済組合が適正かつ公平に被扶養者の認定をするにあたって必要な書類です。

被扶養者資格を得るために形式を整えたものであることが明らかに推定できる場合は否認します。

また、認定後、要件を欠いていることが判明した場合は、遡って認定取消となり、その間の医療費は全額自己負担となります。

記載に当たっては、HPに掲載されている記入例、「被扶養者について」、「添付書類について」をお読みになられたうえで、ありのままの状況を詳しくご記入ください。

なお、共済組合から認定対象者に電話、文書、職員による直接訪問にて申立書の内容について確認することもありますのでご了承ください。

※申告No.1～5については、被扶養者申告書に対応したものとなり、今回申請する扶養認定対象者についてすべて回答し対応する資料を併せて提出してください。

今回、被扶養者申告書にて申請する認定対象者の事実について、下記内容に相違ありません。

沖縄県市町村職員共済組合理事長 殿

年 月 日

記 号 番 号

-

組 合 員 氏 名

申告No.1※ 申請前に加入していた健康保険制度：

扶養認定を申請する理由（具体的に記載してください）

Q1 組合員以外の扶養義務者の有無 ない 以前はいた(組合員との続柄 _____) いる

Q2 認定対象者と組合員の世帯について 同居：Q3へ 別居：①～⑤へ回答してください。

①組合員の世帯人数：_____人（組合員含む）

②別居先世帯の他の扶養義務者の有無 無 有 組合員との続柄（_____）

③別居の理由 【 _____ 】

④認定対象者への仕送り額について 無 有：毎月 _____ 万円

⑤組合員以外の仕送り額について 無 有：毎月 _____ 万円

Q3 認定対象者の 公的年金(障害・遺族含む)の受給状況 受給無 請求中 受給中

Q4 認定対象者が生活保護の扶助となっているか 無 申請中 有

Q5 認定対象者の手当金(産休・育休・傷病)の受給状況 受給無 請求中 受給中

Q6 認定対象者の雇用保険加入状況 未加入 加入：以下①～⑤のどちらかに回答してください。

① 受給権放棄（請求しない） ② 期間不足（請求できない） ③ 失業給付受給中

④ 失業給付受給終了 ⑤ 失業給付受給延長

申告No. 2 ※	申請前に加入していた健康保険制度 :
扶養認定を申請する理由 (具体的に記載してください)	
Q1 組合員以外の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 以前はいた(組合員との続柄 _____) <input type="checkbox"/> いる	
Q2 認定対象者と組合員の世帯について <input type="checkbox"/> 同居: Q3へ <input type="checkbox"/> 別居: ①～⑤へ回答してください。 ①組合員の世帯人数 : _____ 人 (組合員含む) ②別居先世帯の他の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 組合員との続柄 (_____) ③別居の理由 【 _____ 】 ④認定対象者への仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円 ⑤組合員以外の仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円	
Q3 認定対象者の 公的年金(障害・遺族含む)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q4 認定対象者が生活保護の扶助となっているか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有	
Q5 認定対象者の手当金(産休・育休・傷病)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q6 認定対象者の雇用保険加入状況 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入: 以下①～⑤のどちらかに回答してください。 ① <input type="checkbox"/> 受給権放棄 (請求しない) ② <input type="checkbox"/> 期間不足 (請求できない) ③ <input type="checkbox"/> 失業給付受給中 ④ <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 ⑤ <input type="checkbox"/> 失業給付受給延長	

申告No. 3 ※	申請前に加入していた健康保険制度 :
扶養認定を申請する理由 (具体的に記載してください)	
Q1 組合員以外の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 以前はいた(組合員との続柄 _____) <input type="checkbox"/> いる	
Q2 認定対象者と組合員の世帯について <input type="checkbox"/> 同居: Q3へ <input type="checkbox"/> 別居: ①～⑤へ回答してください。 ①組合員の世帯人数 : _____ 人 (組合員含む) ②別居先世帯の他の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 組合員との続柄 (_____) ③別居の理由 【 _____ 】 ④認定対象者への仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円 ⑤組合員以外の仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円	
Q3 認定対象者の 公的年金(障害・遺族含む)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q4 認定対象者が生活保護の対象となっているか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有	
Q5 認定対象者の手当金(産休・育休・傷病)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q6 認定対象者の雇用保険加入状況 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入: 以下①～⑤のどちらかに回答してください。 ① <input type="checkbox"/> 受給権放棄 (請求しない) ② <input type="checkbox"/> 期間不足 (請求できない) ③ <input type="checkbox"/> 失業給付受給中 ④ <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 ⑤ <input type="checkbox"/> 失業給付受給延長	

申告No. 4 ※	申請前に加入していた健康保険制度 :
扶養認定を申請する理由 (具体的に記載してください)	
Q1 組合員以外の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 以前はいた(組合員との続柄 _____) <input type="checkbox"/> いる	
Q2 認定対象者と組合員の世帯について <input type="checkbox"/> 同居: Q3へ <input type="checkbox"/> 別居: ①～⑤へ回答してください。 ①組合員の世帯人数 : _____ 人 (組合員含む) ②別居先世帯の他の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 組合員との続柄 (_____) ③別居の理由 【 _____ 】 ④認定対象者への仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円 ⑤組合員以外の仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円	
Q3 認定対象者の 公的年金(障害・遺族含む)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q4 認定対象者が生活保護の扶助となっているか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有	
Q5 認定対象者の手当金(産休・育休・傷病)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q6 認定対象者の雇用保険加入状況 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入: 以下①～⑤のどちらかに回答してください。 ① <input type="checkbox"/> 受給権放棄 (請求しない) ② <input type="checkbox"/> 期間不足 (請求できない) ③ <input type="checkbox"/> 失業給付受給中 ④ <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 ⑤ <input type="checkbox"/> 失業給付受給延長	

申告No. 5 ※	申請前に加入していた健康保険制度 :
扶養認定を申請する理由 (具体的に記載してください)	
Q1 組合員以外の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 以前はいた(組合員との続柄 _____) <input type="checkbox"/> いる	
Q2 認定対象者と組合員の世帯について <input type="checkbox"/> 同居: Q3へ <input type="checkbox"/> 別居: ①～⑤へ回答してください。 ①組合員の世帯人数 : _____ 人 (組合員含む) ②別居先世帯の他の扶養義務者の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 組合員との続柄 (_____) ③別居の理由 【 _____ 】 ④認定対象者への仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円 ⑤組合員以外の仕送り額について <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 毎月 _____ 万円	
Q3 認定対象者の 公的年金(障害・遺族含む)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q4 認定対象者が生活保護の対象となっているか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有	
Q5 認定対象者の手当金(産休・育休・傷病)の受給状況 <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 受給中	
Q6 認定対象者の雇用保険加入状況 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 加入: 以下①～⑤のどちらかに回答してください。 ① <input type="checkbox"/> 受給権放棄 (請求しない) ② <input type="checkbox"/> 期間不足 (請求できない) ③ <input type="checkbox"/> 失業給付受給中 ④ <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 ⑤ <input type="checkbox"/> 失業給付受給延長	