

## 被扶養者に関する申立書

全ての必要事項に記載、または○印を付けてください。

(認定対象者が18歳未満又は学生で、無収入の場合は、※欄の記入は不要です。)

世帯全員の状況					
(認定対象者を含め、必ず組員世帯全員を記入してください。認定対象者が別居の場合は別居世帯も全員記入してください。)					
氏名(年齢)	続柄	職業	認定状況	居住地	年間収入推計額
組員 ( 歳)	本人		認定・認定外	同居・別居	円
( 歳)			認定・認定外	同居・別居	円
( 歳)			認定・認定外	同居・別居	円
( 歳)			認定・認定外	同居・別居	円
( 歳)			認定・認定外	同居・別居	円
( 歳)			認定・認定外	同居・別居	円
( 歳)			認定・認定外	同居・別居	円

<b>※</b> 認定対象者の状況	氏名(年齢)	今まで加入していた、又は現在加入している医療保険等について			区分	
	( 歳)	1 健保組合・他の共済組合 2 静岡縣市町村職員共済組合	3 国民健康保険 4 その他( )	1 被保険者本人 2 家族(被扶養者)	3 任意継続	
	雇用保険の失業給付について		職業等の状況について			
	1 令和 年 月頃から受給予定	4 受給しない	1 パート・アルバイト	4 無職		
	2 受給中	5 雇用保険加入中	2 自営	5 休職・休業中		
	3 受給終了( 年 月頃)	6 雇用保険未加入	3 大学・専門学校等	6 その他( )		
	今後の年間収入推計					
	給与収入(パート等含む)	有・無	円	不動産収入	有・無	円
	年金収入(遺族・障害・私的含む)	有・無	円	育児休業手当金(請求中・予定含む)	有・無	円
	事業等収入(農業・営業等)	有・無	円	傷病手当金(請求中・予定含む)	有・無	円
失業給付(基本手当等)	有・無	円	その他の収入( )	有・無	円	
合計					円	

<b>※</b> 認定対象者の状況	氏名(年齢)	今まで加入していた、又は現在加入している医療保険等について			区分	
	( 歳)	1 健保組合・他の共済組合 2 静岡縣市町村職員共済組合	3 国民健康保険 4 その他( )	1 被保険者本人 2 家族(被扶養者)	3 任意継続	
	雇用保険の失業給付について		職業等の状況について			
	1 令和 年 月頃から受給予定	4 受給しない	1 パート・アルバイト	4 無職		
	2 受給中	5 雇用保険加入中	2 自営	5 休職・休業中		
	3 受給終了( 年 月頃)	6 雇用保険未加入	3 大学・専門学校等	6 その他( )		
	今後の年間収入推計					
	給与収入(パート等含む)	有・無	円	不動産収入	有・無	円
	年金収入(遺族・障害・私的含む)	有・無	円	育児休業手当金(請求中・予定含む)	有・無	円
	事業等収入(農業・営業等)	有・無	円	傷病手当金(請求中・予定含む)	有・無	円
失業給付(基本手当等)	有・無	円	その他の収入( )	有・無	円	
合計					円	

組員が認定対象者を扶養しなければならない理由、事情等	別居の場合、別居している理由及び組員からの送金(仕送り)額
理由、事情、今後の就労予定等	理由:
	送金額:月額 円

<b>申立者欄</b>	上記のとおり申し立てます。 なお、被扶養者が認定要件を欠いたときは、遅滞なく取消手続きを行うことを確約します。 静岡縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日  氏名	<b>所属所確認欄</b>	上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 静岡縣市町村職員共済組合理事長 様 令和 年 月 日 所属所長 職名 氏名
-------------	---	---------------	---