

◆◆◆健康保険の扶養申請書◆◆◆

KP202503

義務教育を修了した家族を申請する場合に、1人につき1枚記入し「被扶養者異動届」に添付して提出。

※すべてに記入がなければ認定できませんので、必ず記入してください。

申請する家族の氏名	年齢	続柄	住居	申請する家族に配偶者	被保険者の署名欄
	歳		同居・別居	あり・なし	申請内容に相違ありません。

1. 申請理由 【該当するものに○を記入】

<input type="checkbox"/>	被保険者がロイヤル健保に加入
<input type="checkbox"/>	被保険者と婚姻
<input type="checkbox"/>	退職 退職日： 年 月 日 雇用保険受給： しない・受給中・受給終了した・未加入
<input type="checkbox"/>	就労状況の変化（収入減少）
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

2. 申請する家族の就労・収入状況について 【該当するものに○を記入（複数該当可）】

《 収入なし 》

<input type="checkbox"/>	専業主婦（夫）
<input type="checkbox"/>	妊娠中 出産予定日： 年 月 日
<input type="checkbox"/>	病気療養中
<input type="checkbox"/>	求職中
<input type="checkbox"/>	就学中 学校名： 学年： 大学生（院生）は卒業予定： 年 月
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

《 収入あり 》※学生でも収入があれば記入

<input type="checkbox"/>	給与収入（アルバイト、パート等） 雇用開始日： 年 月 日（勤続 年 ヶ月）	約	円/月
<input type="checkbox"/>	事業収入（自営業、農業、水産業等）	約	円/月
<input type="checkbox"/>	不動産収入	約	円/月
<input type="checkbox"/>	利子、配当収入	約	円/月
<input type="checkbox"/>	公的年金（老齢・共済・基金・遺族・障害）	約	円/月
<input type="checkbox"/>	個人年金	約	円/月
<input type="checkbox"/>	保険給付（出産手当金・傷病手当金）受給開始日： 年 月 日	約	円/月
<input type="checkbox"/>	労災保険の休業補償 受給開始日： 年 月 日	約	円/月
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	約	円/月

3. 申請する家族が別居の場合 【該当するものに○を記入】

<input type="checkbox"/>	被保険者の単身赴任	※被保険者が単身赴任の方は記入不要↓ 仕送りの方法（ ）※手渡し不可 仕送り金額： 月 円
<input type="checkbox"/>	自宅から通学できない	
<input type="checkbox"/>	その他（ ）	

4. 家族構成【ロイヤル健保に加入していない家族がいれば記入】

氏名	年齢	続柄	住居	職業	年収（概算）
	歳		同居・別居		円
	歳		同居・別居		円
	歳		同居・別居		円

※上記の申告内容に相違があった場合、認定日に遡って被扶養者資格を取消しとし、その間に要した費用（医療費）の返還請求を行います。

※添付書類が提出できない場合は別途「扶養申立書」の提出が必要となりますので、当組合へご連絡ください。

扶養申請についてご不明な点がございましたら、当組合へお問い合わせください。

ロイヤル健康保険組合 TEL: 092-475-0529