|  |
| --- |
| **扶養に関する申立書（新規認定用）** |

子（就学前・学生）用

地方職員共済組合兵庫県支部長　様

下記に記載の者については、主として私が扶養しますので、共済組合の被扶養者として認定していただきますようお願いします。

なお、当該被扶養者が資格要件を満たさなくなる見込となった場合は、その時点で速やかに取消申告を行うことを申し立てるとともに、申立書の内容に相違があった場合には、当該事実発生日に遡り、資格が取り消され、その間の医療費を返還することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜提出年月日＞　 令和　　年　　月　　日 | | ※同意書を兼ねていますので、組合員氏名欄は必ず**自署**をお願いします。 | | | |
| 所属名 |  | 組合員番号 |  | 組合員氏名 | 自　署 |

🔶 **1人1枚を作成**してください。

**Ⅰ**　**扶養親族**（**被扶養者）について**🔶**当てはまるものに☑してください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | 組合員から  みた**続柄**  ※「子」ではなく、「長男」「二男」等と記入 |  | **記入日現在の状況** |
| **氏 名** |  | | **就学前**  **在学中**  **小学校** **中学校** **高校**  **高専**  **大学** **大学院**  **大学校**（行政機関が設置する教育訓練施設など）  **専修学校** **専門学校・各種学校** |
| **申告前の健康保険** | | 協会けんぽ・組合健保・共済組合・任意継続（ 本人 ・（氏名：　　 　　 　　）の被扶養者 ）  国民健康保険 | | | |
| **扶養手当の状況** | | 組合員本人以外の者が扶養手当又はこれに相当する手当を他の団体等から受けていない  （注）受けている場合、認定できません。 | | | |

**Ⅱ　扶養親族（被扶養者）の就学状況について**

|  |
| --- |
| ◆在学中の学校名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　◆入学時期：　　　　　　年　　月　　日  ◆修業年数　（　　　年）  ◆現在の学年　（　　　年生・回生）  ※義務教育終了後の場合、以下も記入してください。  ◆種別　：　 全日制、昼間制  定時制、通信制、夜間制、その他（　　　　　　　　　　　　　） |

🔶今後（記入日以降）１２ヶ月間の収入見込

**認定基準**：「今後12ヶ月間の収入見込」が次の①又は②であること

① 130万円未満（ただし②以外の場合）

② 収入の全部又は一部が障害を支給事由とする公的年金等の収入である場合は、合計が180万円未満

|  |
| --- |
| **提出が必要な確認書類（住民票・所得証明書等）については、「新規認定被扶養者申告書」の裏面を参照してください。** |

|  |
| --- |
| 無収入  アルバイトなどの予定はあるが、認定基準額内　（※年間収入推計額　　　　　　　万円）  　　※記入日現在、既に学生アルバイトなど就労していて年間収入が推計できる場合はその額を記入してください。  　その他（年金等収入の種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年間収入推計額　　　　　　　万円） |