

SUBARU健康保険組合

理 事 長 殿

被 扶 養 者 申 請 申 立 書

記号		申請する被扶養者の	氏名	男女	続柄			
番号		生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
申請する被扶養者の現況	現在就労していない理由(証明書類がない場合は健康状態・求職状況等を記入)							
申請する被扶養者の将来の予定	就労できる条件・時期について(できるだけ具体的な日程等を記入してください)							
被扶養者として申請する期間(1年以内)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで							

※期間内であっても、状況が変わった場合は届出が必要です。後日、扶養認定基準に合致しないことが判明した場合は、遡り抹消となることがあります。

本申立書と認定調書の内容は事実と相違ないこと、貴組合が必要とする調査依頼に応じること、並びに就労予定時期が決定次第貴組合に報告することを誓約し、上記申し立てをいたします。

所属 _____ TEL _____

被保険者署名(自筆) _____