

扶 養 事 実 申 立 書

△△△△年 △△月 △△日

広島県市町村職員共済組合理事長 様

組合員等記号・番号 △△△△ - △△△△

組合員名前 共 済 一 郎

次の者は、主として私の収入により生計を維持していること等を、下記のとおり申し立てます。

認定を受けようとする者の名前	共 済 咲 子	続 柄	母	同居か 別居か	同 居 別 居	配偶者の有無	有 無 (未婚・離別・死別)
		生年月日	△△△△年△△月△△日				
被扶養者の要件を備える日まで加入していた健康保険について、該当するものに○をし、必要事項等ご記入ください。		1. 国民健康保険 2. 協会けんぽ・健康保険組合・共済組合 3. 任意継続 (年 月 日喪失) 4. 家族の被扶養者 (家族の名前 共 済 八 郎 続柄 父) 5. その他 _____					
認定対象者が扶養の要件を備えた日及びそれまでどうしていたかを具体的に記入してください。		扶養の要件を備えた日 △△△△年△△月△△日 父 (共済八郎が働いていたので、父の健康保険の被扶養者になっていました。					
認定対象者の現況及び主として組合員の収入により生計を維持しているという実態について具体的に記入してください。		このたび父が退職し、2人の年金だけでは生活できないため、私の仕送りにより生計を維持しています。					
仕送りの状況 (別居の場合のみ記入してください。) ※送金が確認できる書類を添付してください。		仕送り額	50,000 円/月				

認定対象者に対する組合員及び他の扶養義務者 (配偶者・父母・祖父母・兄弟姉妹等) の状況 ※他の扶養義務者がいない場合は名前欄に「なし」と記入してください

名 前	続柄	生年月日	職業	年間収入	同居・別居	扶養手当の 受給の有無	左記の者が、組合員が認定を受けようとする者を扶養できない理由
組合員本人	/	/	/	円	同・別	有・無	
共 済 八 郎	父	△・△・△	無 職	1,900,000 円	同・別	有・無	年金だけでは生計を維持することができないため
		・		円	同・別	有・無	
		・		円	同・別	有・無	

※他の扶養義務者がいる場合は、組合員及び他の扶養義務者の収入額が確認できる書類を添付してください。