

被扶養者認定にかかる申立書（給与収入のみ）

健康保険の 記号・番号	被保険者氏名	被扶養者氏名
記号 - 番号	フリガナ 被保険者の氏名を ご記入ください	フリガナ 被扶養者の氏名を ご記入ください
<p>1. 被扶養者の認定を受けようとする者の収入について、提出した「労働条件通知書」などの労働契約内容が分かる書類に記載のある給与収入のみであることを申立てます。</p> <p>2. 労働条件の変更や給与以外の収入が発生した場合は、速やかに届出を行います。</p> <p>3. 上記2に該当したにもかかわらず、健康保険組合への届出を行わなかった（もしくは遅れた）場合や、本申立書に記載した内容が事実と相違していた場合は、事実発生日まで遡って扶養の取消が行われても異議を申し立てません。その場合、資格喪失日以降に健康保険組合が負担した医療費については必ず全額返還いたします。</p>		
被 保 険 者 署 名 欄	<p>大阪港湾健康保険組合理事長 殿</p> <p><input type="checkbox"/> 上記内容を確認しました。（必ず<input checked="" type="checkbox"/>のうえ、下記にご署名ください）</p> <p>令和 ○○年 ○○月 ○○日</p> <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-left: 20px;">☑をつけてください</div> <p style="text-align: right;">被保険者氏名（自署） 被保険者の氏名をご記入ください</p>	

※ 個人番号（マイナンバー）をもとに、収入状況等を確認させていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。