

生計維持に係る申立書

ネクステージグループ健康保険組合 殿

下記の申請対象者は、主として被保険者である私の収入により生活をしている旨を申立てます。

被保険者（あなた）氏名		記号		番号	
申請対象者（家族）氏名		被保険者からみた続柄			
住所					

(1) 今回申請対象者を扶養申請することになった理由（具体的に）

※申請事由発生後、被保険者の収入により申請対象者の生活が成り立っていることが確認できるよう記入してください。
※被保険者の他に、自身で社会保険に加入する同居・別居家族がいる場合は、その方が扶養できない理由を必ず記入してください。

(2) 被保険者（あなた）の家族構成・それぞれの生活費の負担額

必ず記入して下さい

※住民票に記載されている人全員を記入して下さい。

番号	氏名	続柄	年齢	職業	月収（平均）	生活費の負担額
①		本人			円	円/月
②					円	円/月
③					円	円/月
④					円	円/月

上記の同居家族以外からの生活費の援助の有無

有 ・ 無 ※生活費の援助がある時には「有」に○をつけて、下記を記入してください。

該当者氏名	続柄	年齢	職業	月収（平均）	生活費の援助額
					円/月
					円/月
					円/月

上記の通り、相違ありません。

尚、認定後に事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の削除、給付の停止、医療費の返還請求にも速やかに応じます。

記入日：令和 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

※この申立書は、被保険者と申請対象者との生計維持関係を判断する書類として提出していただくものです※