

提出経路：《申請者》→《人事部》

・ご記入いただいた個人情報は、表題の利用目的の範囲以外では使用いたしません。

レゾナック健康保険組合常務理事 殿

扶養状況説明書

令和 年 月 日

【被保険者に関する事項】

被 保 険 者	氏名	記号					番号									所	
	現住所															属	

【被扶養者申請をする方に関する事項】

被 扶 養 申 請 者	氏名											生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	才	続 柄	
	現住所																		
【扶養に至る以前の職業】										（現在の職業）									
【年間収入額】 <input type="checkbox"/> 収入は、公的年金(非課税も含む)、雇用保険の失業等給付、健康保険の傷病手当金、出産手当金も含まれます。 <input type="checkbox"/> 給与収入は、給与・賞与・手当・通勤手当(非課税も含む)等の諸手当を含み、税や雇用保険が控除される前の金額です。 <input type="checkbox"/> 自営業の収入額は収入総額からその事業を営むための必要経費(税法上とは異なり、その費用なしに事業が成り立たないと健保が判断したもの)を差し引いた残りの金額となります。 <年金の種類> _____ 年金 <年金額> _____ 円 <所得の種類> _____ 所得 <年収額> _____ 円																			

<被保険者以外で、被扶養申請者と同居し収入のある方がいる場合にその方について、ご記入ください>

【扶養申請者との続柄】 _____ 【現在の職業】 _____

【年間収入額】 ※上記と同じ

<年金の種類> _____ 年金 <年金額> _____ 円

<所得の種類> _____ 所得 <年収額> _____ 円

該当する方がいる場合、証明書類の添付が必要になります。
(源泉徴収票(写) or 課税非課税証明書 or 確定申告書(写)等)

【扶養申請をするに至った理由(できるだけ詳しくご記入ください)】

扶
養
状
況

【別居の場合】 単身赴任者及び学生以外は生計維持していることを確認するため直近3か月分の送金証明を添付して下さい。

扶養する方の年間収入を上回る送金が必要になります。(生活費となるため定期的にご送金下さい。)

<送金額> 年間 _____ 円 年間振込回数 _____ 回 1回の送金額 _____ 円