【記入例】

◎本申し出書を提出する場合、「仕送り額確認書類」、「適用 11　仕送り額申し出に係る誓約書」を添付してください。

伺・交付年月日：				
常務理事	事 務 長	課　長	係　長	係

健康保険　遠隔地（別世帯）扶養申し出書（取消：同居）

【注意事項】

✧ ①被保険者証の記号・番号欄は、上段に記号・下段に番号をご記入ください。

✧ 別世帯で被扶養者の認定を受けるためには、被保険者の収入により生活をしている家族であることが条件となります。そのため、遠隔地（別世帯）で家族を被扶養者に入れる場合は、本紙「遠隔地（別世帯）扶養申し出書」に、仕送りの実態を証明できる書類、「仕送り額申し出に係る誓約書（適用１１様式）」を添付してください。ただし、次にあげる家族については、「仕送り条件」から除外されますので、本紙による申出は不要です。

①被保険者の単身赴任により別世帯になる場合　A住民票上では被保険者と同世帯の家族　B被保険者の住民票を異動する場合であっても、配偶者・子・配偶者と同居する親　②子が就学のため別世帯になる場合　③要介護認定を受けた家族が「特別養護老人ホーム」に入所する場合

✧ 「仕送り条件」のあった家族と同居することになったときは、本紙に、「世帯全員の住民票コピー」を添付してご提出ください。

①被保険者証の記号・番号	１２３ ５６７８	②被保険者の氏名・印	健保　太郎　㊞ （ご本人が自署する場合捺印は省略できます。）
③被保険者の現住所	〒１２３-５６００ 横浜市〇〇区〇〇町１２３番地 電話　０４５（　０００　）１２３４		
④被保険者が勤務する事業所の名称	伊藤忠〇〇〇販売㈱		

⑤被保険者と住所を別にする被扶養者で、この申請の対象となる者（取消の場合は、被保険者と同居する者）

氏　名	性別	生　年　月　日	続柄
健保　一郎	(男) 女	(昭)・平 ・令　25 年　10 月　1 日生	父
健保　花子	男 (女)	(昭)・平 ・令　30 年　10 月　1 日生	母
	男 女	(昭)・平 ・令　年　月　日生	
	男 女	(昭)・平 ・令　年　月　日生	
	男 女	(昭)・平 ・令　年　月　日生	

別世帯に居住する被扶養者の現住所	〒035-0001 青森県八戸市〇〇〇町１２３４番地 電話　087（　000.　）1111
⑥同居していない理由または別居解消理由（詳しくご記入ください）	結婚をして新居を構えたため
⑦別居先の同居者（別居解消による取消の場合は記入不要）	・　有　（続柄　　）（続柄　　）＊その方の収入証明等を添付してください。 その者が扶養出来ない理由（　　） ・　(無)

令和　〇　年　〇　月　〇　日提出

⑦上記申請について事実に相違ないことを証明します。		※　受 付 日 付 印
〇　年　〇　月　〇　日証明 事業所所在地　東京都港区北青山〇-〇-〇 事 業 所 名 称　伊藤忠〇〇〇販売㈱ 事 業 主 氏 名　代表取締役　〇〇　〇〇　㊞ 電話　03　（　0000　）1234		

伊藤忠連合健康保険組合

伺・交付年月日：				
常務理事	事 務 長	課　長	係　長	係

健康保険　遠隔地（別世帯）扶養申し出書（取消：同居）

【注意事項】

✧ ①被保険者証の記号・番号欄は、上段に記号・下段に番号をご記入ください。

✧ 別世帯で被扶養者の認定を受けるためには、被保険者の収入により生活をしている家族であることが条件となります。そのため、遠隔地（別世帯）で家族を被扶養者に入れる場合は、本紙「遠隔地（別世帯）扶養申し出書」に、仕送りの実態を証明できる書類、「仕送り額申し出に係る誓約書（適用１１様式）」を添付してください。ただし、次にあげる家族については、「仕送り条件」から除外されますので、本紙による申出は不要です。
①被保険者の単身赴任により別世帯になる場合　A住民票上では被保険者と同世帯の家族　B被保険者の住民票を異動する場合であっても、配偶者・子・配偶者と同居する親　②子が就学のため別世帯になる場合　③要介護認定を受けた家族が「特別養護老人ホーム」に入所する場合

✧ 「仕送り条件」のあった家族と同居することになったときは、本紙に、「世帯全員の住民票コピー」を添付してご提出ください。

①被保険者証の記号・番号		②被保険者の氏名・印	㊞ （ご本人が自署する場合捺印は省略できます。）
③被保険者の現住所	〒 電話　（　　）		
④被保険者が勤務する事業所の名称			

⑤被保険者と住所を別にする被扶養者で、この申請の対象となる者（取消の場合は、被保険者と同居する者）	氏　名	性別	生　年　月　日	続柄
		男 女	昭・平 ・令　年　月　日生	
		男 女	昭・平 ・令　年　月　日生	
		男 女	昭・平 ・令　年　月　日生	
		男 女	昭・平 ・令　年　月　日生	
		男 女	昭・平 ・令　年　月　日生	
	別世帯に居住する被扶養者の現住所	〒 電話　（　　）		

⑥同居していない理由 または別居解消理由 （詳しくご記入ください）	
⑦別居先の同居者 （別居解消による取消の場合は記入不要）	・　有　（続柄　　）（続柄　　）＊その方の収入証明等を添付してください。 その者が扶養出来ない理由（　　） ・　無

令和　　年　　月　　日提出

⑦上記申請について事実に相違ないことを証明します。		※　受 付 日 付 印
年　　月　　日証明 事業所所在地 事 業 所 名 称 事 業 主 氏 名　㊞ 電話　（　　）		

伊藤忠連合健康保険組合