

申 立 書

健康保険被扶養者調査において、私の被扶養者が退職している証明を提出できない理由を下記の通り、申し立てます。

対 象 と な る 被 扶 養 者 氏 名	
退 職 し た 会 社 名	
就 業 開 始 年 月 日	平成・令和 年 月 日 (日付が不明な場合) 令和 年 月頃
退 職 年 月 日	平成・令和 年 月 日 (日付が不明な場合) 令和 年 月頃
雇 用 形 態	正社員・派遣社員・パート・アルバイト・その他 ()
退 職 の 証 明 を 提 出 で き な い 詳 細 な 理 由	(例) ・源泉徴収票を紛失したため、再発行の依頼をしようとしたが、会社が倒産し、問い合わせ先もわからず、入手不可能なため。 ・仕事内容が合わず、無断欠勤のまま退職したため、源泉徴収票がもらえず、またそのような事情から依頼も困難なため。 ※「紛失したから」「学生だから」「アルバイトだから」というのは理由にはなりません。 詳しい理由を記入してください。

被保険者確認欄 *日付・署名・捺印がない場合は受理いたしません。	
上記の申立内容に虚偽はありません。内容に虚偽があり、被扶養者資格認定の要件が失われている事実があった場合は、その事実が確認できる日にまで遡り、被扶養者の資格を取り消すとともに、医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還することを誓約いたします。	
令和 年 月 日	
被保険者等 (記号)	(番号)
被保険者氏名	印
※被扶養者の署名ではありません。	

[記載上の注意]

* すべての欄の記入が必要です。記入もれ等の不備がある場合は受理できません。

* この申立書は、被扶養者調査用です。通常の扶養申請の際には使用できません。