

別居  申請  
 取消

記号		番号		氏名	
----	--	----	--	----	--

・別居・同居該当者と仕送り状況について記入して下さい。

別居 / 同居 該当者				仕送り状況 (別居の場合のみ)		
氏名	続柄	年齢	収入金額 (年間)	遠隔地名 (例)京田辺市	毎月	仕送り方法
		才	円		円	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他
		才	円		円	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他
		才	円		円	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他
		才	円		円	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> その他

※ 別居される場合は下記の書類を提出してください。

- 1) 別居該当者の年収を証明する書類
- 2) 以後3ヶ月の仕送り額を証明する書類(銀行・郵便局振込控、振込金額が記載されている部分の通帳の写し、現金書留の場合は、現金書留控)
  - ・手渡しは認められません。
  - ・該当家族の年収が72万円未満の際は、月額6万円の送金が必要です。

[注 意 事 項] 申告の内容に偽りがあった場合、認定日まで遡って被扶養者の資格を喪失することがあります。その間、健康保険組合が負担した医療費を精算させて頂くことがありますので、正確に記入して下さい。

椿本チエイン健康保険組合 殿

令和 年 月 日

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

㊞