

扶 養 の 申 立 書

1 被扶養者の氏名等	氏 名	性別	生 年 月 日		続柄	配偶者の有無	住居区分
	大岡山 さくら	男 女	S・H・R 58年 2月16日(38歳)		妻	有 無	同居 別居
2 被扶養者の収入状況等	<input checked="" type="checkbox"/> 無職無収入です。 <input type="checkbox"/> 公的年金収入（遺族・障害年金含む）が、年間 円です。 その他の収入が （ ある ・ なし ） <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険にかかる申立書（別紙）のとおりです。 <input type="checkbox"/> 雇用保険による収入が、月額 円です。 <input type="checkbox"/> 事業・農業・資産等の収入が、年間 円です。 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト等（個人年金を含む。）による収入が、 月額 円×12月÷年間推計収入額 円です。 <input type="checkbox"/> 別居のため、月 円の送金をしています。（年間推計送金額 円） ※組合員の年送金額等は、被扶養者年間収入額と年送金額の合計の3分の1以上が必要です。 <input type="checkbox"/> 被扶養者 現況申立書（海外在住）のとおりです。 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
※ 3 扶養義務者の状況	氏 名	続柄	年齢	同居・別居の 区別	職業	年間収入額	
						円	
	<input type="checkbox"/> 有(右記のとおり)					円	
	<input type="checkbox"/> 無					円	
	組合員の年間収入額 (円)					円	
4 組合員が扶養(生計を維持)しなければならない具体的な理由	令和3年1月31日付けで退職し、無職無収入のため、私が扶養しています。						
5 被扶養者の前加入健康保険名	健康保険名 ○○健康保険組合 (<input checked="" type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族の扶養)						

※ 扶養義務者とは、配偶者、父母、兄弟姉妹等をいう。ただし、被扶養者申告書に記入している者及び既に認定している者は除く。(注) □欄には、該当事項に必ずチェック印してください。

上記のとおり、認定を受けようとするものは、主として私の収入により生計を維持していることを申し立てます。

なお、被扶養者に認定限度額〔月額108,333円（年額130万円）ただし、60歳以上の年金受給者又は障害年金受給者は年額180万円〕以上の所得が生じた場合、又は扶養の事実がなくなった場合には、延滞なく届け出ることを併せて申し立てます。

令和 3 年 2 月 18 日

文部科学省共済組合東京工業大学支部長 殿

組合員氏名 大岡山 工太郎

事実発生日より 30 日以内に申告してください。