

被扶養者申請にかかる申立書（自営業者用）

被扶養者の申請にあたり、下記の通り被扶養者として申請する親族の収入状況について申し立てます。

記号					番号									
被保険者氏名														
被扶養者氏名														

■ 申立て内容（該当する項番に○）

1. 自営業の開始期間が2年未満であり、確定申告書（写）の提出が2年分ない

- ・ 今年の収入見込み

円（売上一経費）

※確認資料として、確定申告がされていない期間の月毎の売り上げ金額と経費の内訳の詳細が分かる資料、及び今後1年の事業計画を添付してください

2. 疾病、妊娠等の理由により、休職中（低減している）

- ・ 今年の収入

円（売上一経費）

※休職していることが分かる確認資料（母子手帳のコピー等）を添付してください

3. 廃業した

- ・ 廃業日（事業を廃止した日）

年 月 日

4. その他特記事項

--

【必ずご署名ください】

申請する被扶養者の収入が、今後、基準金額（年間130万円未満、対象者が60歳以上である場合、または厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合は180万円未満）を上回らないこと、及び上記の記載内容に誤りがあった際は、被扶養者の資格が取り消しされることを了承のうえ、請求された医療費の返還に応じることを誓約いたします。

署名が自書ではない場合、下記の□にチェック✓を入れてください

被保険者は、この現況表の記載内容を確認しており、上記の誓約内容を承知しています

年 月 日

署名
(被保険者)

--