|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 扱者 | 課長 | 事務次長 | 事務長 | 常務理事 |
|  |  |  |  |  |

**健康保険（被扶養者）別居に伴う生計維持の申出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所記号 |  | 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者（本人）　　　　　　の住所 | 〒　　　－ |
| 別居の被扶養者（家族）の氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 |
|  | 男・女 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 男・女 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 男・女 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 男・女 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 男・女 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 男・女 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日 |  |
| 別居の被扶養者（家族）の住所 | 〒　　　－ |
| 別居の理由 |  |
| 送金額 |  |

* 仕送り額証明書及び住民票（住所証明書等）を添付してください。

但し、単身赴任（出張）の場合は、出張命令書等を添付してください。

　　　申出について事実に相違ないことを証明します。

　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号