

# 別居・仕送りに関する申告書

記号・番号	被保険者氏名

私と別居している（する）家族について、下記のとおり申告します。

別居している家族の	氏名	続柄	

別居の状況について（該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> ）	
<input type="checkbox"/>	① 人事異動 又は 3ヶ月以上の長期出張 による別居
<input type="checkbox"/>	② 里帰り出産による別居      【 予定期間                      年   月   ～                      年   月 頃まで 】
<input type="checkbox"/>	③ 親族の介護のための別居      【 誰（                      ） の介護をするため      】      * カッコ内には被保険者から見た続柄を記入して下さい。
<input type="checkbox"/>	④ 進学のための別居（子の場合）                      中学・高校・専門・大学・大学院                      年(回)生
<input type="checkbox"/>	⑤ 長期入院・病気療養 による別居
<input type="checkbox"/>	⑥ 特例扱い施設への入所による別居
	<input type="checkbox"/> a. 特別養護老人ホーム
	<input type="checkbox"/> b. 介護老人保健施設
	<input type="checkbox"/> c. 介護療養型医療施設（介護医療院）
<input type="checkbox"/>	⑦ その他
	別居の理由
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 別居のご家族自身の収入（月額）                      _____ 円</li> <li>● ご家族への仕送り額（月額）                      _____ 円</li> </ul> <p style="text-align: center;">【 下記のいずれかの状況に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、該当の証明書類を提出してください 】</p> <p><input type="checkbox"/> a. すでに別居し、仕送りをしている</p> <p style="text-align: center;">〔 証明書類 〕 直近3ヶ月分の <b>≪金融機関の振込票≫ ≪現金書留の控え≫</b> 等</p> <p><input type="checkbox"/> b. これから別居 又は 仕送りを開始する</p> <p style="text-align: center;">⇒ すぐに扶養になることは出来ません。3ヶ月分の実績が発生した際に再度ご申請ください。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="font-size: small;">仕送り方法として『手渡し』は認めておりません。必ず『被保険者から別居の家族へ』の仕送りが行われていることが客観的に確認できる書類をご提出ください。また、仕送りは『定期的 かつ 継続的』に行われていることも条件となります。なお、家賃・水道光熱費等を被保険者が負担されている場合は、契約書の写し・通帳の写しなどその事実を確認できる書類をご提出いただければ、仕送り額に合算いたします。</p> </div>
	別居先での同居人の有無
無し ・ 有り（                      ） * カッコ内には被保険者から見た同居人の続柄を記入して下さい。	
別居先の住居の状況	<input type="checkbox"/> a. 持家                      所有者名                      _____                      被保険者との関係（                      ）
	<input type="checkbox"/> b. 借家・寮（家賃・管理費）                      1ヶ月                      _____ 円
	<input type="checkbox"/> c. その他（⑥以外の施設等）                      施設名                      _____

仕送りを証明する書類については、健康保険証の更新時や健保組合から指示があった場合には、過去にさかのぼり上記証明書類を提出いたします。

ただし、提出に応じられない場合は、健保組合が指定する日に被扶養者の資格が取り消されることについて了承いたします。

年                      月                      日

被保険者氏名