

# 生計維持関係調書

扶養申請者の収入状況	給与収入	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は直近の源泉徴収票のコピー、または直近2～3ヶ月分の給与明細のコピーを添付してください。
	失業給付	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は雇用保険受給資格者証(表裏)のコピーを添付してください。
	年金・恩給	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は直近の年金振込通知書のコピーを添付してください。 ※老齢・遺族・厚生・障害・共済・恩給・企業・個人年金・その他全て収入に含まれます。
	その他	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	有の場合は確定申告書のコピーを添付してください。 ※利子、配当・不動産収入・農業・自営業等すべて収入に含まれます。

扶養申請者世帯の生活費	基本生活費	食費・水道光熱費・通信費等	毎月	円	年に数回	円
	住居関係費	家賃・住宅ローン・修繕費等	毎月	円	年に数回	円
	自動車関係費	自動車ローン・ガソリン代・駐車場代等	毎月	円	年に数回	円
	保険料	生命保険・損害保険等	毎月	円	年に数回	円
	医療費	医療費・薬代等	毎月	円	年に数回	円
	その他	( )	毎月	円	年に数回	円
	合計			毎月	円	年に数回

負担額	被保険者の生活費負担額		毎月	円	年に数回	円
	被保険者以外の生活費負担額	続柄 ( )	毎月	円	年に数回	円
		続柄 ( )	毎月	円	年に数回	円

上記内容に相違があった場合は、認定日に遡って被扶養者資格を取り消されても異議を申しません。  
また、該当期間に発生した医療費の全額及びその他の給付金等を遡って貴健康保険組合へ返還します。

年 月 日 被保険者氏名