

扶養理由・生活実態証明書

健康保険被保険者証の記号番号		被保険者の氏名	(昭.平 年 月 日)	被保険者の住所			
扶養しなければならない理由 及び扶養している事実	生 活 実 態 ※世帯員全員(被扶養者になっていない方もすべて)を記載してください。						
	世帯員氏名	被保険者 との続柄	生 年 月 日	職業又は勤務先	勤務取得額 (月平均額)	その他の所得	
						内容	月平均額
			昭.平.令 年 月 日				
			昭.平.令 年 月 日				
			昭.平.令 年 月 日				
			昭.平.令 年 月 日				
			昭.平.令 年 月 日				
			昭.平.令 年 月 日				
	世帯 1 人当 1 ヶ月の生活費		円				
	扶養認定対象者の以前に 加入していた医療保険者名		・全国健康保険協会(支部) ・共済組合() ・健康保険組合(組合名) ・国保組合() ・国民健康保険(市区町村) ・その他()				
上記の事に相違ありませんからご証明願います。				被保険者氏名			
証 明	上記の事実 に相違ない ことを証明する。	令和 年 月 日 事 業 主					
		令和 年 月 日 民 生 委 員 町 内 会 長					
		令和 年 月 日 健康保険委員					
		令和 年 月 日 社会保険労務士					