

() 年分収入調査書 (民生委員調査用)

安田日本興亜健康保険組合 様

以下のとおり、聞き取り調査を行った結果を報告します。

| | | | | | |
|-----------------------|--|------------------|----|---------------------|---|
| 作成年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 被 保 険 者 欄 | 住所 | 〒 — Tel () — | | | |
| | 記号・番号 | — | | | |
| | フリガナ 被保険者氏名 | Ⓜ | | | |
| 被 扶 養 者 欄 | フリガナ 被扶養者氏名 | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | 当年分収入見込金額 ※当年(1月～12月分)の収入見込金額を記入下さい。 |
| | | | | 昭和 平成 令和 ・ | |
| | | | | 昭和 平成 令和 ・ | |
| | | | | 昭和 平成 令和 ・ | |
| | | | | 昭和 平成 令和 ・ | |
| | | | | 昭和 平成 令和 ・ | |
| 健康保険組合 扶養申請理由 | ※申請理由を具体的に記入 | | | | |
| 誓約 | 今回の申請内容に相違ありません。なお、内容が事実と相違した場合には、被扶養者としての認定を遡って取消し、または削除年月日の訂正をすることとし、万一保険給付等の返納が発生した場合には、速やかにこれを返還いたします。 被保険者氏名 Ⓜ | | | | |
| 民 生 委 員 欄 | 住所 | 〒 — Tel () — | | | |
| | 役職名 | | | | |
| | 氏名・印 | 民生委員氏名 Ⓜ | | | |

(注)

1 上記調査書は、民生委員の方へ依頼してください。

2 当年分収入見込金額は、給与収入・年金収入・不動産所得・恩給・株配当金等恒常的に受ける収入にあたります。無しの場合、0円と記入してください。

3 その他、ご不明点は当健康保険組合までご連絡ください。

安田日本興亜健康保険組合 適用係：03-6214-9122