

()年分収入調査書（事業主調査用）

安田日本興亜健康保険組合 御中

以下のとおり、聞き取り調査を行った結果を記載します。

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 . .		
依頼日 依頼民生委員名 ※必須		年 月 日 (民生委員名：)				
民生委員受付不可理由 ※必須						
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 ⓐ				
事業主欄	住所	〒 — Tel () —				
	事業所名称					
	事業主氏名・印	事業主氏名 ⓐ				

(注)

- 1 上記調査書は、民生委員からの調査が受付られなかった場合に、事業主の方へ依頼するものです。
- 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