扶養実態調査票

タムラ製作所健康保険組合

1）被保険者世帯1ヶ月あたりの収入について確認させていただきます。

① 被保険者の給与手取額(平均手取額)　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

② 被保険者の年間賞与見込み額　年額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

③ 被保険者の給与以外の収入 有・無 有の場合は種類　□有 □無

種類（全て）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

2）被保険者の収入等で扶養申請する方をどのように生計維持しているか（衣食住等の援助）を確認 いたしますので下記項目別に金額を記入して下さい。

※一ヶ月の生活費の算出については、下記項目に概算の金額を記入して下さい。

・住居費（持ち家のローン又は家賃）　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・水道光熱費　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・食 費　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・医療費（介護費用なども含めて）　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・交際費（娯楽等にかかる費用など）　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・交通費（電車・バス等の運賃、車の維持費など）　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・通信費（携帯代など）　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

・雑 費（被服代、生命保険、税金など）　月額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

※ 事実の確認できる書類（預金通帳、領収書、請求書等の写し）をいただく場合がございます。

3） 扶養申請する方以外の同居者の収入（年金や給与等）

※同居人とは別世帯であっても生活を共にしている方を指します。

氏名	続柄	種類	月額
			円
			円
			円
			円

3）の同居者からの生活費等の支援を受けず被保険者の収入によって生活していることを誓約いたします。
なお、当調査票に事実と相違したことを記載した場合は、認定日に遡って被扶養者の資格を取り消すとともに、医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還することを誓約します。

令和　　年　　月　　日　被保険者氏名（自署）

(R02.12)