

下記の「注意事項」を参照の上、正しく記入して下さい。又、記入について不明の点がありましたら健保組合（048-561-3575）に照会して下さい。

注 意 事 項	①の欄は、本人含め、同居の者全員を記入してください。
	④の欄は、現在収入の有る場合は、直近の月額（3ヶ月間）を記入して下さい。現在収入の無い場合は、0と記入してください。
	⑤の欄は、給与所得の場合は、使用者発行の給与明細等の写しを添付して下さい。（3ヶ月間）
	⑥の欄は、年金収入額の証明として必ず社会保険庁発行の「年金裁定通知書」「年金支払通知書」「年金改定通知書」のいずれかの写しを添付して下さい。
	⑦の欄は、田畑別の耕作面積を備考欄に記入して下さい。
	⑧の欄は、その他の収入額を記入し、備考欄にその収入源を具体的に記入して下さい。
	⑨の欄は、本人と被扶養者認定申請書の同居か別居かのいずれかに○印を付けて下さい。又、別居している場合はその理由と扶養のための送金額を備考欄に記入して下さい。
	⑩の欄は、記載内容について、事業主の証明を受けて下さい。
	⑪の欄は、備考欄に記入して下さい。雇用保険受給期間中は被扶養者にはなれません。

赤太枠内ご記入・ご捺印ください

世帯の構成及び生計内容調査表

①氏名	②被保険者との続柄	③生年月日	④収入内訳				⑨同居又は別居	備考
			⑤給与所得収入 (パート・内職等含)	⑥年金収入	⑦農業収入	⑧その他収入		
	被保険者本人	年 月 日	円	円	円	円	同・別	
					円	円	同・別	
					円	円	同・別	
		年 月 日	円	円	円	円	同・別	
		年 月 日	円	円	円	円	同・別	
		年 月 日	円	円	円	円	同・別	

世帯全員についてご記入ください

上記の通り報告致します。

年 月 日

調査の結果、上記の通り相違ないことを認めます。

年 月 日

被保険者氏名

⑩事業主証明 事業所名称
代表者氏名