

生計維持に関する証明書

健康保険 被保険者証の	記号	番号								
①被扶養者の氏名 ----- 生 年 月 日	性別	被保険者との 続柄	②被扶養者の収入		③被扶養者の配偶者の有無	④被扶養者の配偶者の収入		⑤被保険者と同居、別居の区分	主として被保険者による生計維持関係の有無	
			有 無	金額(年間収入)		有 無	金額(年間収入)			
----- 昭・平・令 年 月 日	男・女		有・無	円	有・無	有・無	円	同居・別居	有・無	
● 扶養理由 <u>(扶養しなければならない理由を詳しくお書きください。)</u>										
[-----]										
● 下記の事項にご回答ください。										
・被保険者は被扶養者の生活費(家賃・光熱費・食費など)の大半を負担していますか							【 はい ・ いいえ 】			
・上記の被保険者による被扶養者の生活費の負担は毎月、継続的に行なわれていますか							【 はい ・ いいえ 】			
・被保険者以外に被扶養者の生活費(家賃・光熱費・食費など)を負担している人はいますか							【 はい ・ いいえ 】			
※ 上記の問いで被保険者以外に被扶養者の生活費を負担している人がいる場合⇒							【負担者氏名 】【負担月額 円】			
上記理由により扶養しています。被保険者氏名 (印)										

令和 年 月 日

扶養の事実相違ないことを証明します。

(証明者) 住所
役職名
氏名

(印)

- (注) 1. 証明書は事業主、民生委員又は町内会長のいずれかのうち、事情を最もよく知っている方にお願いしてください。
2. ②、④の収入金額欄の収入とは、給与所得、事業所得、不動産所得、年金、恩給など今後恒常的に受ける年間総収入をいいます。
3. 故意に虚偽の記載をしたと健保組合が判断した場合は、扶養者の認定を取り消す場合があります。