

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側経由所属		
長	長	担当者

生計維持状況申告書			
被保険者番号		被保険者氏名	印
被保険者収入	(年額) 千円	(内訳) 給与・年金・事業・手当・その他	
認定を受けようとする者の続柄および氏名	(続柄)		
	(続柄)		
	(続柄)		
	(続柄)		
共同扶養する他の被保険者の状況			
ア. 同一世帯に他健保や他組合の被保険者(配偶者等)なし			
イ. 被保険者より収入が少ない → 収入が確認できる書類が必要です。			
ウ. 無収入 (退職日 年 月 日) 失業給付金受給の有無 (有 ・ 無) 有の場合 → 雇用保険受給資格者証(両面・写)または離職票1・2(写)が必要です。			
エ. その他 ()			