

被 扶 養 者 収 入 申 告 書

1収入の額は、原則として申請時以降の推計で判定しますが、生計維持又は生計同一の状況が前年と変わらな
い場合は前年の収入を記入して下さい。なお、これにより難しい場合は直近の実績により記入して下さい。
2「有・無」欄は、必ず全欄について該当するものに○を付けて下さい。
3「有・無」欄は、必ず全欄について該当するものに○を付けて下さい。
4それぞれの収入について、証明書、決定通知等の収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。

健康保険被保険者証の	記号		番号			
被扶養者の氏名			年齢	才	被保険者 との続柄	

収入の種類	どちらかに○印を つけて下さい。	月平均収入額	※「収入の種類」のうち有に○印をつけた場合は、その収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。											
① 給 与 ・ 賞 与 等 勤 労 収 入	有 ・ 無	円	勤務先 所在地 名 称	一日の勤務時間	時間									
				一月の勤務日数	日間									
勤務先発行の収入証明書・源泉徴収票の写し・その他給与収入が確認できる書類の写しを添付して下さい。														
② 年 金 ・ 恩 給	有 ・ 無	円	受給中の場合は <table><tr><td>老 齢 ・ 福 祉</td><td>基礎年金番号 ()</td></tr><tr><td>遺 族 障 害</td><td>年金等の額 円</td></tr></table>				老 齢 ・ 福 祉	基礎年金番号 ()	遺 族 障 害	年金等の額 円				
老 齢 ・ 福 祉	基礎年金番号 ()													
遺 族 障 害	年金等の額 円													
直近の確定申告書の写し・課税(非課税)証明書等収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。														
③ 不 動 産 収 入	有 ・ 無	円	一時的な者を除き、恒常的収入(家賃・地代等)について記入する。 なお、修理費・その他必要経費を控除した金額を記入する。											
直近の確定申告書の写し・課税(非課税)証明書等収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。														
④ 事 業 所 得	有 ・ 無	円	必要経費を控除した額を記入する。なお、事業の名義人名にかかわらず被扶養者が事業に従事している度合いに応じて収入の額を推計する。											
直近の確定申告書の写し・課税(非課税)証明書等収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。														
⑤ 仕 送 り 等	有 ・ 無	円	(内 容)											
1. 振込の場合 預金通帳等の写し 2. 送金の場合 現金書留の控えの写し (手渡しは不可となります)														
⑥ 傷病手当金・出産手当金等の休業補償の受給	有 ・ 無	円	受給中の <table><tr><td>受給金額</td><td>円</td><td>日額</td><td>円</td></tr><tr><td>場 合 は</td><td>受給期間</td><td>年 月 日</td><td>～ 年 月 日</td></tr></table>				受給金額	円	日額	円	場 合 は	受給期間	年 月 日	～ 年 月 日
受給金額	円	日額	円											
場 合 は	受給期間	年 月 日	～ 年 月 日											
受取金額の分かる通知書等の写しを添付して下さい。														
⑦ 離職した場合は、必ず記入して下さい。	その勤務先の 名 称 _____ 離職年月日 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 住 所 _____ 受 給 中 _____ 申 込 中 _____ この場合は雇用保険受給資格者証明書の写しを添付して下さい。 受給しない _____ 理由 (_____) 受給できない _____ 理由 (_____) 申込予定 _____ (_____ 年 _____ 月頃)													

静岡県自動車整備健康保険組合

上記のとおり相違ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名

被 扶 養 者 収 入 申 告 書

1 収入の額は、原則として申請時以降の推計で判定しますが、生計維持又は生計同一の状況が前年と変わらな
2 い場合は、前年の収入を記入して下さい。なお、これにより難しい場合は直近の実績により記入して下さい。
3 「有・無」の欄は、必ず全欄について記入して下さい。
4 それぞれの収入の欄について、証明書、決定通知等の収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。

健康保険被保険者証の	記号	123	番号	456		
被扶養者の氏名	健保 花子		年齢	51 才	被保険者との続柄	妻

収入の種類	どちらかに○印をつけて下さい。	月平均収入額	※「収入の種類」のうち有に○印をつけた場合は、その収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。			
① 給与・賞与等 勤 労 収 入	有○・無	81,000 円	勤務先 所在地 ○○市○○区○○町789 名 称 ○○○○ 株式会社	一日の勤務時間	5 時間	
				一月の勤務日数	18 日間	
勤務先発行の収入証明書・源泉徴収票の写し・その他給与収入が確認できる書類の写しを添付して下さい。						
② 年 金 ・ 恩 給	有・無○	円	受給中の場合は〔 老齢・福祉 〕 基礎年金番号 () 〔 遺族 障害 〕 年金等の額 円			
直近の確定申告書の写し・課税(非課税)証明書等収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。						
③ 不 動 産 収 入	有・無○	円	一時的な者を除き、恒常的収入(家賃・地代等)について記入する。 なお、修理費・その他必要経費を控除した金額を記入する。			
直近の確定申告書の写し・課税(非課税)証明書等収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。						
④ 事 業 所 得	有・無○	円	必要経費を控除した額を記入する。なお、事業の名義人名にかかわらず被扶養者が事業に従事している度合いに応じて収入の額を推計する。			
直近の確定申告書の写し・課税(非課税)証明書等収入額が確認できる書類の写しを添付して下さい。						
⑤ 仕 送 り 等	有・無○	円	(内 容) 1. 振込の場合 預金通帳等の写し 2. 送金の場合 現金書留の控えの写し(手渡しは不可となります)			
⑥ 傷病手当金・出産手当金等の休業補償の受給	有・無○	円	受給中の 受給金額 円 日額 円 場 合 は 受給期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
受取金額の分かる通知書等の写しを添付して下さい。						
⑦ 離職した場合は、必ずこの欄を記入して下さい。	その勤務先の 名 称 _____ 離職年月日 (令和 年 月 日) 住 所 _____ 受 給 中 _____ この場合は雇用保険受給資格者証明書の写しを添付して下さい。 申 込 中 _____ 受給しない _____ 理由 () 受給できない _____ 理由 () 申込予定 _____ (年 月頃)					

静岡県自動車整備健康保険組合

上記のとおり相違ありません。

令和 3 年 4 月 1 日

被保険者氏名 健保 太郎