（認定様式 ６号）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **オリンパス健康保険組合理事長 殿** | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

認定対象者申請日：令和 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 保険証番号 | **－** | 被保険者氏名 | 印 | | |
|  | 昭和・平成： 年 月 日 | | | 男・女 | 年齢： 歳 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定対象者 | 対象者氏名 |  | 続柄： | 男・女 | 年齢： 歳 |

|  |
| --- |
| **送 金 内 容 証 明 書** |
| 私は、 を扶養するため下記の通り送金をしていますので、 この  証明書を添えて被扶養者認定の申請を致します。なお、送金額に変更（中止・減額）が  生じた場合には、その旨お届けし再認定の申請を行うことを約束致します。  （１）送 金： 年額： 千円 送金：月額 千円  （２）送金方法： ［ ］銀行振込 ［ ］現金書留 ［ ］自動振替  ①上記の送金証明として、６ケ月間の銀行振込の写し・現金書留の写し・通帳  の写しの当該証明書を添付致します。  ［証 明 書 添 付 欄］ |

**【注】当健保組合は認定の原則として、 銀行振込・現金書留・銀行又はゆうちょ銀行（旧郵便局）の自動振替を立証条件としておりますので、送金は、上記いずれかの方法にてお願い致します。（手渡し不可）なお、送金証明書類は『送金日、送金者、受取人、送金額』がわかるものをご提出ください。**