

(認定様式 6号)

送 金 申 告 書 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
	生年月日	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	
<p>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。</p> <p>(1) 送 金： 年額：_____千円 送金：月額_____千円</p> <p>(2) 送金方法： [] 銀行振込 [] 現金書留 [] 自動振替</p> <p>①上記の送金証明として、6ヶ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。</p> <p>_____ [証 明 書 添 付 欄] _____</p>	

【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。