

生 計 費 申 告 書

令和 年 月 日

オリンパス健康保険組合理事長 殿

扶養認定申請にあたり、認定対象者の生計費について下記の通り申告いたします。なお、この生計費について、誤りはなく、今後訂正しないことをお約束いたします。

被保険者 記号 番号 氏名 印

認定対象者	氏名				性別			続柄			
	生年月日			年齢	歳	収入	円/月				
	住所										
	世帯人数	人	家族構成								
被保険者が認定対象者を扶養にする理由											

※世帯全体にかかる費用で個人に切り分けられないものは世帯欄、認定対象者個人にかかる費用は認定対象者欄に記入してください。
 認定対象者の生計費(月額) ※項目は必要に応じて追加し、被保険者が負担していない項目も全て記載してください。
 ※被保険者と別居により、被保険者から援助(送金)を受けていて、その援助額を世帯生計費に充てている場合は、世帯生計費の負担者欄には『被保険者』と記載してください。

項目	認定対象者	世帯		備考
		費用	負担者 (複数いる場合、金額内訳記載)	
1	住居費			持ち家・賃貸 / 名義:
2	水道光熱費			
3	食費			
4	被服費			
5	日用品費			
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
小計			合計	

被保険者の生計費等	可処分所得月額	円/月 ※被保険者の1ヶ月の給与手取り額を記入してください。		
	可処分所得賞与額	前回	円	前々回 円 ※被保険者の直近2回の賞与手取り額を記入してください。
	被保険者の月額生計費	円/月 ※被保険者の1ヶ月の生計費を記入してください(認定対象者と同居の場合、自身が負担する世帯生計費を除いて記載)。		
	認定対象者への支援額	円/月 ※被保険者が認定対象者へ1ヶ月に援助している金額を記入してください(認定対象者と同居の場合、自身が負担する世帯生計費を除いて記載)。		
	給与・賞与以外の収入	円/月 【内訳】 ※左記の収入がわかる書類を提出してください。		
	備考			

認定対象者の生計費負担者(被保険者以外)		続柄	認定対象者への支援額	※被保険者以外に認定対象者の生計費(世帯生計費分を除く)を負担している人がいる場合(仕送り含む)に記入してください。続柄は、被保険者から見た続柄を記入してください。なお、認定対象者が自身の生活費を負担している場合も記載してください。
	1		円/月	
	2		円/月	
	3		円/月	備考

※申告いただいた内容を基に健保にて判断いたしますので、すべての費用が生計費として認定されるわけではありません。
※申請後は一切訂正ができません。よくご確認の上、作成をしてください。