

扶養状況届(その2)

収入の有無 ※収入の有無に係わらず全て記入のこと	8. 自営業による収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (確定申告書(受付印のあるもの)の写し(両面)を添付) <input type="checkbox"/> いいえ 業種 _____ 年間収入額 _____ 円
	9. 農業収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (確定申告書(受付印のあるもの)の写し(両面)を添付) <input type="checkbox"/> いいえ 田畑の内容 _____ 耕作面積 _____ アール 年間収入額 _____ 円
	10. 年金等の収入がありますか <input type="checkbox"/> はい (最新の決定通知書や支払通知書の写しを添付) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 老齢年金 (<input type="checkbox"/> 国民・ <input type="checkbox"/> 厚生・ <input type="checkbox"/> その他) _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 遺族年金 (<input type="checkbox"/> 国民・ <input type="checkbox"/> 厚生・ <input type="checkbox"/> その他) _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 障害年金 (<input type="checkbox"/> 国民・ <input type="checkbox"/> 厚生・ <input type="checkbox"/> その他) _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 企業年金 _____ 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他 (種類) _____ 年額 _____ 円
	11. 雇用保険の受給資格がありますか <input type="checkbox"/> はい (離職票1. 2、受給延長届、受給を希望しない場合は資格喪失確認通知書等を添付) <input type="checkbox"/> 受給終了 受給期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (雇用保険受給資格者証の写し(両面)を添付) 受給額 _____ 円 <input type="checkbox"/> いいえ (雇用保険の未加入証明等を添付)
	12. その他に収入がありますか、また、ありましたか <input type="checkbox"/> はい (その証明を添付) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 退職するまでの給与収入 (H 年分) 年間収入額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 不動産収入(家賃収入等) (H 年分) 年間収入額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他 (内容) _____ (H 年分) 年間収入額 _____ 円
	13. 市区町村より助成等を受けていますか(「はい」の場合は内容が確認できる書類を添付) ・生活扶助 <input type="checkbox"/> はい (内容) _____ <input type="checkbox"/> いいえ ・医療扶助 <input type="checkbox"/> はい (内容) _____ <input type="checkbox"/> いいえ
別居について ※別居の場合記入	14. 同居していない理由 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 施設入所等 (施設名称) _____ <input type="checkbox"/> その他 (具体的理由) _____
	15. 別居先の家屋は <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家(家賃 _____ 円/月) <input type="checkbox"/> その他 _____
	16. 別居先で認定対象者は誰と同居していますか <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹() _____ <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他(続柄) _____ 合計 _____ 人
	17. 送金について 送金額 _____ 月平均 _____ 円 年額 _____ 円 (送金の証明を添付。「公的金融機関の証明」に限る。 尚、単身赴任や学生の場合は送金証明の添付を省略できる)

上記の事実と相違ありません。

※認定要件にある年間収入(60歳未満は130万円未満、60歳以上または障害年金受給要件に該当する程度の障害者であれば180万円未満)を超えた場合等は、認定日に遡及して資格を取消されることがあります。その場合は保険給付費等を返還して頂くこととなりますので、ご了承ください。

平成 年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名

印

三菱マテリアル健康保険組合理事長 殿

※この内容に不明な点があった場合には、後日再確認する場合がありますのでご了承ください。

[平成30年1月 改訂]