

常務理事	事務長		係

## 送金証明書

被保険者	保険証 記号—番号	—	氏名	印
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女 歳

認定対象者	氏名		続柄		男・女	歳
-------	----	--	----	--	-----	---

### 送金内容申告書

私は、  
\_\_\_\_\_ を扶養するため下記のとおり送金をしていますので、その事実を  
証明する文書を添えて被扶養者認定を申請いたします。

なお、送金額に変更（中止・減額）が生じた場合には、その旨届出を必ず行うことを約束いたします。

(1) 送金額 月額 \_\_\_\_\_ 千円

(2) 送金方法 銀行振込 ・ 現金書留 ・ 自動振替

- ・ 上記の証明として、銀行振込の写、現金書留の写、通帳の写のいずれかを添付してください。
- ・ 被扶養者に認定された後には、5ヶ月間は銀行振込の写、または現金書留の写しを提出してください。
- ・ 原則として銀行振込、現金書留、自動振替を条件としますので、送金はいずれかの方法で行ってください（手渡しは認めておりません）。

受付日付印  
(健康保険組合使用)