

扶 養 理 由 証 明 書

(学校卒業から1年経過者用)

健康保険 被保険者 証の	記号		被保険者の氏名				被保険者の住所				
			生年月日	昭・平・令	年	月	日				
	番号		認定対象者の氏名				認定対象者の住所				
			生年月日	昭・平・令	年	月	日				
扶養しなければならない理由 及び扶養している事実			生 活 実 態 (家族全員についてご記入ください)								
			氏 名	被保険者 との続柄	生年月日	職業又は勤務先	勤労所得額 (月平均額)	その他の所得			
								内容	月平均額		
			備 考								
上記内容に相違ありませんから証明願います。					被保険者氏名						
証 明	上記の事実に相違ないことを 証明する			年	月	日	事業主				
				年	月	日	民生委員 町内会長				
				年	月	日					

※ 第三者の証明(上記のいずれか)を受けてください。