

【 一 般 用 】 生計維持調査票（裏）

健保組合で個人番号を使用して所得情報等を照会する場合があります。収入状況等は正確にご記入ください。

※該当する項目に✓または記入してください。必ず記入漏れがないようにお願いします。

7 扶養申請者の今後の収入の有無について(①～⑥まですべてご回答ください)

① 勤労収入	<input type="checkbox"/> あり(直近三ヶ月の給与明細を添付) <input type="checkbox"/> なし ↳ 月平均労働日数 _____ 日(1日あたりの勤務時間 _____ 時間) 月平均給与(総額支給額) _____ 万円/月 ※申請者が自営業・農業の「専従者」の場合、こちらにご記入ください。 ※働き始めて間もない等の理由で直近三ヶ月の実績がない方は雇用契約書を添付	
② 自営業収入	<input type="checkbox"/> あり(直近の確定申告書A・B、収支内訳書の写を添付) <input type="checkbox"/> なし ↳ 業種 _____ /年間収入額(経費を差し引いていない額) _____ 万円(見込含) ※自営業を始めて間もない等の理由で確定申告関係書類がない方は売上等がわかる書類を添付	
③ 農業収入	<input type="checkbox"/> あり(直近の確定申告書A・B、収支内訳書の写を添付) <input type="checkbox"/> なし 田畑の内容 _____ 耕作面積 _____ アール _____ 年間収入額(経費を差し引いていない額) _____ 万円(見込含) ※農業を始めて間もない等の理由で確定申告関係書類がない方は売上などがわかる書類を添付	
④ 年金収入	<input type="checkbox"/> あり(支払通知書の写しを添付) <input type="checkbox"/> 今後1年以内に受給予定(_____ 年 _____ 月から) <input type="checkbox"/> なし	
	↳ 年金の種類 ※受給予定の場合、見込額を記入	<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"/> 個人年金 年額 _____ 円 <input type="checkbox"/> その他 (種類 _____) 年額 _____ 円
⑤ 雇用保険	<input type="checkbox"/> あり(後日、離職票または受給資格者証を提出) <input type="checkbox"/> なし ↳ <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 延長 <input type="checkbox"/> 放棄 ↳ <input type="checkbox"/> 加入していなかった(働いていた時の給与明細の写を添付) <input type="checkbox"/> 加入期間不足(前勤務先の離職票を提出) 加入期間① _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月② _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月 <input type="checkbox"/> 受給終了(雇用保険受給資格者証(両面写し)を添付) <input type="checkbox"/> その他(理由 _____)	
⑥ その他収入	<input type="checkbox"/> あり(証明する書類を添付) <input type="checkbox"/> なし ↳ <input type="checkbox"/> 不動産収入(家賃収入など) (_____ 年分)年間収入額(経費を差し引いていない額) _____ 万円 <input type="checkbox"/> 配当所得 _____ 万円 <input type="checkbox"/> 被保険者以外からの仕送り 支援者氏名 _____ 続柄(_____) _____ 万円 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 (傷病名 _____ / 受給開始 _____ 年 _____ 月～) _____ 万円 <input type="checkbox"/> その他 内容 _____ (_____ 年分)年間収入額(経費を差し引いていない額) _____ 万円	

8 家族構成について ※扶養申請者が複数名(生計維持調査票を複数人分記入する場合)の場合、「8 家族構成について」は2枚目以降省略可

氏名	続柄	年齢	勤務先・学校名(学年)	今後の年収額	同別居
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別
				万円	同・別

事業所名証明欄

事業所扶養手当支給の有無

【有】(支給開始・開始予定 _____ 年 _____ 月) 【有】(該当・該当予定 _____ 年 _____ 月)

【無】(理由 _____) 【無】(理由 _____)

記載事項は、事実と相違ないことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名

事業主名

静岡県農業団体健康保険組合 理事長 殿

被保険者の年収額

万円

【備考】