

夫婦共同扶養審査 収入確認表

この申告書は、夫婦ともに収入がある場合のご家族の認定について判断するために申告いただくものです。
 保険者間で協議する場合など、認定審査に時間がかかる場合があります。あらかじめご了承ください。

被 保 険 者		配 偶 者	
氏 名		氏 名	
昨年の収入 (総支給額)	円	昨年の収入 (総支給額)	円
直近3ヶ月分の給与明細写しを 添付してください※		直近3ヶ月分の給与明細写しを添付してください※ ◆自営業の場合◆ 前年度の確定申告書類一式の写し(収支内訳書 もしくは青色申告決算書を含む)を添付	
健保使用欄	1ヵ月平均 _____ 万円	健保使用欄	1ヵ月平均 _____ 万円

※ご提出いただいた書類は返却できませんのでご注意ください。

該当する方は、下記内容についてもご記入ください。

被 保 険 者		配 偶 者	
育児休業を <input type="checkbox"/> 取得する <input type="checkbox"/> 取得しない ※取得する場合は下記項目を記入してください		育児休業を <input type="checkbox"/> 取得する <input type="checkbox"/> 取得しない ※取得する場合は下記項目を記入してください	
育児休業 取得状況 (予定含む)	年 月 日から 年 月 日まで	育児休業 取得状況 (予定含む)	年 月 日から 年 月 日まで
育児休業給 付金(見込)	円	育児休業給 付金(見込)	円
出産手当金 (女性のみ)	年 月 日から	年 月 日まで	円
その他収入*		その他収入*	

*給与以外の事業所得や不動産収入などがある場合は、「その他の収入」欄に記入してください。

記載した内容を確認して提出します。

年 月 日

被保険者証 記号—番号 _____

被保険者氏名 (自署) _____