

夫婦共同扶養 収入確認表

この確認表は、夫婦が共同で扶養する被扶養者の主たる生計維持者を決定するにあたり「今後1年間の年間収入額」を確認し、適正な認定審査を行うために必要な書類となりますので、正確にご記入をお願いいたします。

※収入見込額は全て総支給額でご記入ください。

		被保険者				配偶者			
氏名									
加入保険者名		大京健康保険組合				<input type="checkbox"/> 健保 (健保名)			
						<input type="checkbox"/> 健保 (健保名 大京健康保険組合)			
						<input type="checkbox"/> 共済 (共済名)			
						お子さまの扶養手当: <input type="checkbox"/> 受給有(予定も含む) <input type="checkbox"/> 受給無			
国民健康保険									
昨年の年収 (通勤交通費・賞与含む総支給額)		円				円			
昨年の源泉徴収票 (支払金額)		円				円			
直近3カ月月額給与 (通勤交通費含む総支給額)		月	円			月	円		
		月	円			月	円		
		月	円			月	円		
休職期間	産前産後休業期間	令和 年 月 日 から				令和 年 月 日 から			
	育児休業期間	令和 年 月 日 から				令和 年 月 日 から			
今後1年間の収入見込額	給与収入 (通勤交通費・賞与含)	円				円			
	出産手当金 (産後分のみ記入)	円				円			
	育児休業給付金 (今後1年間の見込額)	円				円			
	上記以外の収入 (事業・不動産・失業給付等)	円				円			
	収入見込額合計	円				円			

■ 連絡事項があればご記入ください。

連絡事項	
------	--

令和 年 月 日 上記のとおり相違ありません。 事実と相違していた場合は、扶養の取消やその間に貴健康保険組合が負担した医療費等を返還することをお約束致します。 被保険者の記号・番号 _____ 被保険者氏名 _____
--

■ 提出書類

<給与収入の方> ・直近の所得証明書(写) ・直近3カ月の給与明細書(写)

<自営業者の方> ・直近の所得証明書(写) ・直近の確定申告書(写) ・収支内訳書(写)

※大京健康保険組合の加入者は、直近の所得証明書(写)、給与明細書の添付不要

※確認のため、上記以外に追加書類を求める場合がありますのでご了承ください