

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

ライフコーポレーション健康保険組合殿

扶養状況届

扶養申請対象者については、以下の通り相違ありません。

	氏 名	続 柄	年 齢
	健保 一郎	長男	17
被扶養者として			
申請する家族			

扶養理由（なぜ扶養しなければ、ならないのか。現在の状況に至った経過を詳しく書いて下さい）

夫と離婚し、親権がある為

アルバイトをしているが、収入が少ない為 など

今後の見通し

就職するまで扶養に入れる予定

現在就職活動中で、決まりしだい扶養から削除します など

今後の処理

常用・臨時を問わず、年間に一定の収入を得られる見込みのついた時は、ただちに貴職に報告し、扶養の不可について何うと共に必要な手続きをとることを誓約いたします。

ライフ健保の
健康保険証を
お持ちの方は
記号・番号を記入

記号 200 番号 10000

氏名 健保 花子 (印)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

ライフコーポレーション健康保険組合殿

収支状況報告書

収支の内訳を記入

(会社の給与が、1ヶ月に満たないときは、1ヶ月分の予測の給与額で良い)

収 入 (1ヶ月)		支 出 (1ヶ月)	
項目	金額 (単位千円)	項目	金額 (単位千円)
ライフ給与・手取り	150.000	家賃又は住宅ローン	70.000
※各種年金()		水道・光熱費	30.000
※児童手当	10.000	被服費	10.000
※児童扶養手当	40.000	食費	50.000
他の家族からの収入		教育費	30.000
生活保護		医療費	
養育費(前夫から)	30.000	娯楽費	
その他()		その他(通信費)	20.000
その他()		その他(車代)	10.000
その他()		その他()	
合 計	230.000	合 計	220.000

※印の収入がある方は、金額がわかる書類のコピーも提出して下さい。

ライフ健保の
健康保険証を
お持ちの方は
記号・番号を記入

記号 200 番号 10000 氏名 健保 花子 (印)

分からないことがあれば、健康保険組合(Tel 06-6150-6220)へ電話してください。