仕送額申出書

私は、下記条件の下で別居扶養者の扶養認定を受けることを約束します。
認定後、パーソルキャリア健康保険組合より「仕送りを証明する書類」の提出を求められたときは、遅滞なく提出いたします。
また、仕送りの実態が証明できない場合は、被扶養者から削除されることに同意します。

保険証記号		保険証番号		被保険者氏名			
別居被扶養者の氏名				年齢		続柄	
別居被扶養者の収入の種別と年収額 （該当するものを○で囲み、そのほかの場合にはその内容を詳しく記入する。）	給与　年金　その他（　　）					円	
	給与　年金　その他（　　）					円	
	給与　年金　その他（　　）					円	
別居被扶養者の収入合計						円	
被保険者の送金額 （仕送り額）	月額					円	
	年間送金額					円	

以上のことに相違ありません

令和　　年　　月　　日

社員番号						

被　保　険　者　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意事項

＊被保険者の送金額が別居被扶養者の収入合計額と同等、もしくは上回っていること。

＊認定後、**3か月分の銀行振込み控えや受取人名義への預け入れが確認できる通帳の写し等**を提出してください。

＊手渡しによる送金は仕送り額には含まれません。

【健保受付印】

健保使用欄（下記には記入しないでください。）

認定日：　　年　　月　　日

常務理事	事務長	担当