

夫婦共同扶養 収入額確認表 ※被扶養者異動届添付用

この表は、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、被扶養者異動届に添付の上、ご提出ください。

		被保険者	配偶者
加入保険者名		デサント健康保険組合	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保
氏 名			
昨 年 の 年 収		円	円
直 月 額 給 与 の	令和 年 月	円	円
	令和 年 月	円	円
	令和 年 月	円	円
	平均	円	円
◇お子様の認定申請時に、産前産後休業、育児休業を取得している（予定の場合も）場合、以下についてもご記入ください。			
休 職 期 間	産前産後休業	令和 年 月 日 まで 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで 令和 年 月 日 から
	育児休業	令和 年 月 日 まで 令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 まで 令和 年 月 日 から
今 後 1 年 間 の 収 入 見 込 み	出産手当金	円	円
	育児休業給付金	円	円
	その他の収入 (給与収入以外)	円	円
◇退職を予定している場合はその旨、その他収入の変動が想定される場合は、下記にご記入ください。			

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者記号番号： \_\_\_\_\_

被 保 険 者 氏 名： \_\_\_\_\_