

生計維持関係調査票

令和 年 月 日 現在

被保険者欄	記号	番号	枝番	事業所の名称	会社名				標準報酬月額	
	被保険者氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女

被扶養者	フリガナ氏名	性別	生年月日	続柄	今後の収入の有無	収入種類 ※複数選択可	月額収入	仕送額	生活費	備考
被扶養者1		男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当	円	万円/月	名 円/月	
被扶養者2		男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当	円	万円/月	名 円/月	
被扶養者3		男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当	円	万円/月	名 円/月	
被扶養者4		男・女	昭・平・令 年 月 日		有・無	1.給与 4.自営収入 7.その他 2.失業給付 5.不動産収入 () 3.年金 6.利子配当	円	万円/月	名 円/月	

上記の通り提出いたします。

令和 年 月 日

リクルート健康保険組合殿

事業主の { 名称
所在地
事業主の氏名

受付印