

生活費申告書

認定対象者 氏名	続柄	年齢	歳
認定対象者の年間収入(年金含む)			円
被保険者の年収			円
被保険者からの送金額(月額)			円
()からの送金額(月額)			円
()からの送金額(月額)			円
()からの送金額(月額)			円

認定対象者が1ヶ月にかかる必要生活費(生活する上で必要な経費全て)を下表に詳しくご記入ください。

※該当のない項目は「0円」と記入してください。

住居費(家賃・管理費等)	円
食費	円
水道・光熱費	円
通信費(電話代等)	円
医療費	円
生命保険料	円
住民税	円
固定資産税	円
その他 雑費	円
1ヶ月の生活費合計	円

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

上記の通り相違ありません。

本書記載の内容が事実と相違していた場合、認定日に遡って認定を取り消しされることはもちろんのこと、医療費や給付費等を返納いたします。

提出日 令和 年 月 日

被保険者証 記号・番号 一

被保険者氏名 _____

事業主確認	
<input type="checkbox"/>	この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。