

■記入前に必ずお読みください。

扶養認定は、健康保険関連法令／通達の基準を十分踏まえた上で、

- 被保険者の継続的な扶養能力
- 被保険者による経済的な扶養実態
- 認定対象者の年間のすべての収入
- 認定対象者に対する扶養義務者の有無等を総合的に審査し、被保険者認定を行います。  
この確認作業を公平かつ厳正に行うため、様々な書類の提出をお願いしています。

【ご記入にあたって】

- ① 過去3ヶ月の平均に基づき、なるべく詳しく記入してください。
- ② 内容により、確認のために追加書類をいただく場合があります。
- ③ 生活費明細書の記載内容によって、被保険者の収入がないと生活できない状態にある（主として被保険者の収入により生計維持されている）という判断ができないことがあります。あらかじめご了承ください。

【ご送付にあたって】

ご提出いただく際は、開封厳禁と記載した封筒等に封入の上、会社経由でお送りください。

令和 年 月 日

長瀬産業健康保険組合 御中

生活費明細書

記号	番号	被保険者氏名
		認定対象者氏名

★太枠線内はすべて記入して下さい。該当事項がない場合は「なし」とご記入ください

認定対象者の生活費支出内訳	(円/月)	認定対象者の収入内訳	(円/月)
水道光熱費 (電気・ガス・水道・電話・ネット等)		給与等	
住居費 (家賃・ローン・固定資産税等)		年金等	
食費 (外食含む)		家賃収入	
交通費		その他収入	
被服費		合計	
娯楽費			
保健衛生費 (散髪代・生活用品代等)			
厚生費 (年金・生命保険代等)			
交際費 (慶弔関係・贈答品等)			
嗜好品費 (酒・たばこ・小遣い等)			
医療費			
貯蓄			
その他			
合計			

被保険者が生活費として負担している額	
	円/月

被保険者の収入額	
	円/月

被保険者以外に認定対象者へ送金がある場合			
続柄		送金額	円/月