

扶 養 理 由 書

被 保 険 者 証 の		記 号		被扶養者名	
		番 号		続 柄	
扶 養 理 由	月 平 均 収 入 額 有 無	パート・アルバイト 有 ・ 無 _____ 円（源泉徴収票等を添付して下さい） 年 金 有 ・ 無 _____ 円（通知書を添付して下さい） そ の 他 有 ・ 無 _____ 円 ※無職の方については学生証の写または市区町村で発行する非課税証明書を添付して下さい。			
	退 職 の 場 合	退職年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 勤 続 年 数 _____ 年 事 業 所 名 _____ 失 保 受 給 有 ・ 無 有に○をした方は 受給開始 _____ 年 _____ 月から 無に○をした方は 理由 _____ 退職後出産予定のある方で出産手当金を 申請する・申請しない			
	別 居 の 場 合	毎月の仕送り額（予定含む） _____ 円 ※学校の在寮証明書または住民票謄本を添付して下さい。			
	同居の家族構成				
扶養理由を具体的に御記入下さい。					

上記の者は主として私が扶養している事に相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者名

オ リ ジ ン 健 康 保 険 組 合

（'23.4 改）