

提出先: 本人(被保険者)→事業主(HRSSC)

常務理事	適用担当

ネスレ健康保険組合 理事長殿

生活実態報告書

被保険者証	記号	番号
被保険者氏名		
扶養とされたい方の氏名	(続柄:)	
被保険者との居住状況	同居	別居
扶養義務者(兄弟姉妹等)の有無	有	無
生活保護の受給の有無	有	無

年収	扶養とされたい方の年間収入	円
	被保険者の年間収入	円

※ 年間収入は 各種年金(老齢基礎・老齢厚生・遺族基礎・遺族厚生・障害等)、不動産収入、利子収入、配当生活保護、パート・アルバイト給与(交通費含む)、民間の個人年金 等 入ってくるお金は全て対象です。

仕送額	被保険者からの仕送額	円
	被保険者以外からの仕送額	円

※同居の場合は以下に1か月の家計への負担額を記入してください。

負担額	被保険者からの仕送額	円
	被保険者以外の同居家族の負担額	円

☆1ヶ月にかかる生活する上で必要な経費をすべてご記入ください。該当が無い場合は0を記入してください。

扶養とされたい方の生活実態	1	住居	住居費	円																					
			借家・持家	ローン 有・無																					
			住居費の支払い者																						
	2	食費	光熱費	住民税・固定資産税	自動車関係費	医療費	社会保険料(健康保険・介護保険・年金等)	生命保険料	交通費・通信費	交際費	雑費(被服費・教育娯楽費)	その他	1ヶ月の生活費 (同居:6~12の合計・別居:1~12の合計)	円											
															3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
															<同居の場合> 1~5については世帯分の金額をそれぞれ記入し、生活費合計には合算しないでください。										

上記内容に相違があった場合は、認定日に遡って被扶養者資格を取り消されても異議を申しません。
 また、該当期間に発生した医療費の全額及びその他の給付金等を遡って貴健康保険組合へ返還いたします。

令和 年 月 日

被保険者氏名: _____