

(認定様式 6号)

送金証明申告書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

認定対象者申請日：平成 21年 4月 1日

被保険者	保険証番号	10-1234	被保険者氏名	健保 太郎 印	
	生年月日	昭和・平成：55年	5月 5日	男・女	年齢：29歳

認定対象者	対象者氏名	健保 花子	続柄：母	男・女	年齢：60歳
-------	-------	-------	------	-----	--------

送金内容証明書	
<p>私は、<u>健保 花子</u>を扶養するため下記の通り送金をしていますので、この証明書を添えて被扶養者認定の申請を致します。なお、送金額に変更（中止・減額）が生じた場合には、その旨お届けし再認定の申請を行うことを約束致します。</p> <p>(1) 送金：年額：_____千円 送金：月額_____千円</p> <p>(2) 送金方法： <input checked="" type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 現金書留 <input type="checkbox"/> 自動振替</p> <p>①上記の送金証明として、6ヶ月間の銀行振込の写し・現金書留の写し・通帳の写しの当該証明書を添付致します。</p> <p>_____ [証明書添付欄] _____</p>	

【注】当健保組合は認定の原則として、銀行振込・現金書留・銀行又はゆうちょ銀行（旧郵便局）の自動振替を立証条件としておりますので、送金は、上記いずれかの方法にてお願い致します。（手渡しは認めておりません。）