

仕送り額申出書

私は、下記条件の下で別居被扶養者の扶養認定を受けることを約束します。
 認定後、サノフィ健康保険組合より「仕送りを証明する書類」の提出を求められたときは、
 延滞なく提出します。
 また、仕送りの実態が証明できない場合は、被扶養者から削除されることに同意します。

保険証 記号		保険証 番号		被保険者 氏名	
別居被扶養者氏名				年齢	続柄
別居被扶養者の収入の種別と年収 額(該当するものに○で囲み、その他 の場合にはその内容を詳しく記入)		給与・年金・その他()		円	
		給与・年金・その他()		円	
		給与・年金・その他()		円	
別居被扶養者の収入の合計				円	
被保険者の送金額		月額		円	
		年間送金額		円	
以上のことに相違ありません					
年 月 日					
				被保険者 氏名	印

【注意事項】

- * 被保険者の送金額が別居被扶養者世帯の収入合計額と同等、もしくは上回っていること
- * 送金の証明書は、銀行振り込み控えや、受取名義人への預け入れが確認できる通帳の写し等を添付してください。手渡しによる送金は仕送り額には含まれません。

認定日 年 月 日

常務理事	事務長	担当者