常務理事	事務長		係

送　金　証　明　書

被保険者	被保険者等 記号－番号	―	氏　名	印
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	男・女	歳

認定対象者	氏　名		続柄		男・女	歳

送　金　内　容　申　告　書

私は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を扶養するため下記のとおり送金をしていますので、その事実を証明する文書を添えて被扶養者認定を申請いたします。

なお、送金額に変更（中止・減額）が生じた場合には、その旨届出を必ず行うことを約束いたします。

（１）送金額　　月額＿＿＿＿＿＿＿＿千円

（２）送金方法　　銀行振込　・　現金書留　・　自動振替

・上記の証明として、銀行振込の写、現金書留の写、通帳の写のいずれかを添付してください。
・被扶養者に認定された後には、５ヶ月間は銀行振込の写、または現金書留の写しを提出してください。
・原則として銀行振込、現金書留、自動振替を条件としますので、送金はいずれかの方法で行ってください（手渡しは認めておりません）。

受付日付印
（健康保険組合使用）

宝グループ健康保険組合