

農林中央金庫健康保険組合 理事長 殿

### 仕送り等の受領に関する届出書

(被保険者以外の親族等からの援助にかかるもの)

<受領者>

住所

氏名

電話番号

認定対象者との関係 1 認定対象者本人  
(いずれかに○をし、3の場合 2 被保険者  
合は認定対象者との続柄 3 その他( )

※被保険者以外の方の送金確認書類が添付できないときにご提出ください。

※受領者は原則として認定対象者本人。幼児の場合など代理人が受領している場合は代理人が記入。受領者欄は自著によりお届けください。

下記の被保険者・認定対象者の扶養認定申請を行うにあたり、認定対象者の収入として、  
年 月 から 年 月 までの6ヶ月間に被保険者以外の者からの援助を受けていることを、送金確認書類に代えて届出いたします。

保険証番号	区分	記号	番号	被保険者	フリガナ		
	<input type="checkbox"/> 一般				氏名		
<input type="checkbox"/> 任意継続	9 0 0 0	※ 一般・任意継続・特例退職の区分に✓ ※ 一般の方は記号・番号欄に右詰で記入		認定対象者	フリガナ	被保険者との続柄	
<input type="checkbox"/> 特例退職	9 5 0 0	※ 任意継続・特例退職の方は番号欄に右詰で記入			氏名		
受領日	支払者の氏名	認定対象者との続柄	援助額		援助の内容		
					円	<input checked="" type="checkbox"/> 該当の項目に付ける <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 慰謝料	その他の場合は内容を記入
					円	<input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 慰謝料	
					円	<input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 慰謝料	
					円	<input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 慰謝料	
					円	<input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 養育費 <input type="checkbox"/> 慰謝料	
援助額合計					0 円		

※送金確認書類が添付できない理由を以下に記入してください。

(健康保険組合使用欄)

決裁日		常務理事	事務長	係	受付印
認否	認定 否認				