

花王健康保険組合
理事長 殿

収入に関する申立書

この度、健康保険被扶養者の認定にあたり就業先の「労働条件通知書」など労働契約内容（時給・労働時間・日数等）が確認できる書類の提出により審査を希望し、「給与収入のみ」であることを申立て、ここに署名し提出いたします。

◇上記が事実と相違したことなどにより被扶養者としての基準を満たしていない場合は、被扶養者としての認定を遡って取消されても異議ありません。その場合、取り消される期間中に受けた被扶養者に係る医療費等（健保負担分）および健診補助等の全額を速やかに返還します。

◇毎年の被扶養者資格確認調査に協力し都度、①労働条件通知書など労働契約内容が確認できる書類、②「収入に関する申立書」を提出します。

<該当者（被扶養者）>健康保険被扶養者認定対象者（ご家族）の署名が必要です

2026 年 7 月 1 日

・氏名（サイン） 花王 花子
・生年月日 平成 15 年 10 月 23 日
・続柄（被保険者との） 長女

認定対象者（ご家族）の直筆の署名をお願いします。

被保険者（社員）の直筆の署名をお願いします。

<被保険者>

記号一番号 1 — 123456
氏名 花王 太郎
氏名コード 123456