

=== 子供の出生時 被扶養者認定審査のための書類 ===

| | |
|--------|-------------------|
| 提出者記入欄 | 令和 ** 年 ** 月 ** 日 |
| | 〒 - |
| | 事業主印 |
| | () |

| |
|------|
| 担当者印 |
| 印 |
| |

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係員 | 担当者 |
| | | | |

| |
|-------|
| 健保受付印 |
| |

| | | | | |
|--------|--------|-------------------|-----|------|
| 被保険者記号 | 被保険者番号 | 育した方 の氏名 取得 | (氏) | (名) |
| *** | ***** | | ○○○ | ○○○○ |

HOYA健康保険組合理事長殿

下記、子供の出生時の被扶養者認定に係る証明書類として見込む額を提出します。

なお、下記証明は、弊社規定に基づいて証明しております。

金額については予定であり確定ではありません。

| | | | | | | | | | |
|--------|----|---|---|---|---|----|---|---|---|
| 育児休業期間 | 令和 | 年 | 月 | 日 | ～ | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | * | * | * | | | * | * | * |

※育児休業を取得する場合に提出してください。

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 給与支払予定額 | * | * | * | * | * | * | * | 円 |
| 賞与支払予定額 | * | * | * | * | * | * | * | 円 |

※無給の場合は、0円と記載してください。

※共同扶養者の収入が同等の場合は、追加で出産手当金等の金額が確認できる書類を提出いただくことがございます。