計機健康保険組合　殿

被 扶 養 者 に 関 す る 証 明 書

証明事項

被保険者の記号 ＿＿＿＿＿＿　番号＿＿＿＿＿＿

被保険者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請対象者の氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿＿＿

□　上記の認定対象者は現在　　**・無職である。**
・無職かつ無収入である。

□　「給与所得者の扶養控除等申告」の対象者となって
・いる　　・いない

［ いない理由： ］

□　会社規定により扶養手当を支給
・する　　・しない

［ しない理由：　・規定に無い　・規定の対象外
・その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ］

□　雇用保険の失業等給付の受給状況
・有り　　・無し

［ 無い場合はその理由に
Ａ．受給の申請の資格無し
Ｂ．受給の申請をしない
Ｃ．受給終了
Ｄ．待期期間または、給付制限期間中により受給していない
Ｅ．過去一年間就労経験無し
Ｆ．その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ］

上記の通り相違無いことを証明いたします。

平成　　年　　月　　日

事業所所在地

事 業 所 名

事 業 主 氏 名　　印