

年 月 日

東京西南私鉄連合健康保険組合 殿

被保険者等記号 _____ 番号 _____

認定対象者氏名 _____ (印)

扶養に関する申立書

私の収入は、給与収入以外の収入はありません。

以 上

※ 認定対象者が自ら署名した場合、押印は不要です。