

産後・育児休業中の収入申立書（共同扶養）

（認定対象者(子)の父母の内、一方でも産後・育児休業している方は提出必須）

健康保険記号番号			—	
被保険者氏名				
申請対象者氏名	性別	続柄	生年月日	年齢
			平・令 年 月 日	
			平・令 年 月 日	
配偶者氏名			生年月日	
			昭・平 年 月 日	

【産後・育児休業している人の収入】（ オートバックス健康保険組合の被保険者 ・ 配偶者 ）○を付ける
※事実発生日（申請対象者が扶養に入る日）より1年間の収入について記入してください

1. 出産手当金（産後）受給期間： 令和 年 月 日～令和 年 月 日

健康保険の標準報酬月額： 千円

産後休業中の給付金額（産後期間の出産手当金） (A) 金額 円

2. 育児休業期間： 令和 年 月 日～令和 年 月 日（予定）

休業開始時賃金日額： 円

育児休業中の収入額（事由発生日より1年間の見込） (B) 金額 円

3. 給付金以外の収入（事由発生日より1年間の見込） (C) 金額 円

産後・育児休業期間（事由発生日より1年間）の収入合計

(A) + (B) + (C) 金額 円

【特記事項】

育児休業期間終了後、被保険者と配偶者の収入比較を行った結果、被保険者より配偶者の収入が多いと認められた場合、子の扶養を取り消されても依存はありません。

速やかにオートバックス健康保険組合へ「被扶養者異動届（削除）」を提出いたします。

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名（署名）

【事業所記入欄（産後・育児休業している人の所属事業所）】

産後休業、育児休業期間中の手当金額は上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名