

生計維持に関する調査書

年 月 日

一般社団法人 北海道民間社会福祉事業職員共済会 会長 様

会員番号					法人代表印
会員名 及び 代表者名					

死亡により退職した _____ の死亡当時（ 年 月 日）、
次の項目に該当する者は下記のとおりです。

区分	該当者名（続柄）
(1) 扶養手当上の扶養親族	<input type="checkbox"/> 該当あり
	氏名 ()
	氏名 ()
	氏名 ()
<input type="checkbox"/> 該当なし	
(2) 医療保険(被用者保険)の被扶養者	<input type="checkbox"/> 該当あり
	氏名 ()
	氏名 ()
	氏名 ()
<input type="checkbox"/> 該当なし	
(3) 税法上の扶養控除対象者	<input type="checkbox"/> 該当あり
	氏名 ()
	氏名 ()
	氏名 ()
<input type="checkbox"/> 該当なし	