



⑧	対象者は現在年金を受給していますか。	1. はい ⇒ ⑨へお進みください。 2. いいえ ⇒ ⑩へお進みください。 3. 申請中 ( ) を受給申請中)							
⑨	年金を受給している場合は記入してください。	年金の種類							
		年額		円	円	円			
※年金額改定通知書・年金振込通知書等、現在の年金受給額がわかる書類の写しを添付してください。									
⑩	対象者は年金以外の収入はありますか。	1. はい ⇒ ⑪へお進みください。 2. いいえ ⇒ ⑫へお進みください。							
⑪	年金以外の収入がある場合は記入してください。	1. 給与収入 (パート・アルバイト含む)		月収・年収		円			
		2. 農業・漁業収入		月収・年収		円			
		3. 商業収入		月収・年収		円			
		4. 不動産収入 (土地・家屋の賃貸収入等)		月収・年収		円			
		5. 利子・配当金収入		月収・年収		円			
		6. 傷病(出産)手当金収入		月収・年収		円			
		7. 援助者: ( ) 続柄: ( ) からの収入		月収・年収		円			
		8. その他の収入 (内容: ( ))		月収・年収		円			
⑫	※対象者が同居する配偶者・子の場合 は記入不要。 対象者の家族構成を記入してください。 同居・別居に関わらず(18歳以上の兄弟姉妹・父母等)全員を記入してください。	氏名	対象者からみた続柄	年齢	住所	職業(勤務先)	月収	対象者への援助	
								円	有( )円・無
								円	有( )円・無
								円	有( )円・無
								円	有( )円・無
								円	有( )円・無
⑬	※・被保険者の単身赴任による配偶者・子との別居・子の通学のための別居は同居扱いのため記入不要。 対象者が別居している場合に記入してください。	1. 対象者の住居はどれに該当しますか。 A: 持家 B: 賃貸 C: その他( ) 家賃がある場合 ⇒ 一ヶ月の家賃: ( ) 円 住所: ( )							
		2. 他に同居している人はいますか。 ( ) いる ・ ( ) いない いる場合 ⇒ 同居者の続柄: ( ) 同居者の月収: ( ) 円							
		3. 被保険者から仕送りはありますか。 ( ) はい ・ ( ) いいえ はいの場合 ⇒ 毎月の仕送り金額 ( ) 円							
上記のとおり相違ありません。 なお事実と相違していた場合は、被扶養者の認定取り消しはもちろんのこと、支払われた給付費について返納させられても異議ありません。 年 月 日 AIG健康保険組合 理事長 殿 被保険者(社員)の 住所: 氏名: 電話:									

確認が必要な事象が発生した場合は、別途他の書類の提出を求められることがありますので予めご了承ください。