（様式11号）

生計維持に関する調査書

年　　月　　日

独立行政法人福祉医療機構 理事長　様

共済契約者　　㊞

故　　殿の死亡当時（平成　　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 ① 該当あり ② 該当なし	
(2)　医療保険（被用者保険）の被扶養者 ① 該当あり ② 該当なし	
(3)　税法上の扶養控除対象者 ① 該当あり ② 該当なし	
(4)　同居の親族 ① 該当あり ② 該当なし ③ 不明	