

## 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 _____ ( _____ ) 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 _____ ( _____ ) 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 _____ ( _____ ) 氏名 _____ ( _____ ) <input type="checkbox"/> 該当なし

※ 退職後に死亡した場合は、本用紙の提出は不要です。