

(様式 2-15 家族構成申告書)

家 族 構 成 申 告 書						
愛媛県 保健所長 様		平成 年 月 日 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) 患者との関係 _____				
氏 名	生 年 月 日	続柄	生保適用 の有無	職 業	勤 務 先	備 考
	明・大 昭・平 年 月 日		有・無 申請中			
	明・大 昭・平 年 月 日		有・無 申請中			
	明・大 昭・平 年 月 日		有・無 申請中			
	明・大 昭・平 年 月 日		有・無 申請中			
	明・大 昭・平 年 月 日		有・無 申請中			

(注) 申請者の氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

この家族構成申告書に、当該患者並びにその配偶者及び患者と生計を一にする絶対的扶養義務者（直径血族及び兄弟姉妹）のうち、前年分（1月1日から5月31日に入院した場合は前々年分）に所得税が課税されているものは納税証明書を、会社等に勤務する者は源泉徴収票を添付してください。