

## 家 族 構 成 調 書

区分	氏 名	生 年 月 日	年 齢	続 柄	職 業	1 扶養手当 2 加入している医療保険制度 ア 健康保険制度 イ 国民健康保険 ウ 共済組合 エ 後期高齢者医療制度
					年 収 (円)	
組合員		昭・平 ・	/	/	円	/
組合員と同居の親族		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
組合員と別居の親族		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)
		昭・平・令 ・			円	1 有・無 2 (ア・イ・ウ・エ)

- (注) 1 組合員本人を含めた家族全員について記載してください。
- 2 扶養手当、加入している医療保険制度については該当する記号等に○印を付けてください。  
 (被扶養者の場合も含む)
- 3 配偶者が群馬支部の組合員の場合には、職業欄に所属所名を記入してください。