

日本トランスシティ健康保険組合
理事長 殿

送 金 額 証 明 書

記号		番 号	
送金対象者氏名 (被扶養者)		続 柄	

*送金した年月、送金した金額および合計額の実績をご記入ください。

送金年月	送金額	送金年月	送金額
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 送金額合計			

上記事項について、相違ないことを証明いたします。
なお、万一相違がある場合は、一切の責任を負うことを誓約いたします。

年 月 日

被保険者氏名 ㊟

<送金額の基準>
下記の条件をすべて満たしていること。

1. 送金対象の被扶養者の年収よりも送金額が多いこと

2. 1人につき、1ヶ月の送金額

- ・60歳未満 55,000円以上／月
- ・60歳以上 75,000円以上／月