

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

保険証記号		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		円

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

印

<送金額の基準>

下記の条件をすべて満たしていること。

- 送金対象の被扶養者の年収よりも送金額が多いこと
- 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