

「みなし」被扶養者申請書

年 月 日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 御中

医療費給付規程第5条第2項ただし書きおよびみなし被扶養者認定基準要領により、
下記会員の扶養者を申請いたします。

会員番号	団体コード	会員コード	会員氏名	⑩
------	-------	-------	------	---

					※解除の場合のみ記入してください。	
氏名	生年月日	性別	続柄	解除日	解除事由	
(フリガナ)	S	男・女		年 月 日	1. 就職 2. 死亡 3. 正被扶養者へ異動 4. 会員以外の正被扶養者へ異動 5. その他	
	H 年 月 日					
	R					
(フリガナ)	S	男・女		年 月 日	1. 就職 2. 死亡 3. 正被扶養者へ異動 4. 会員以外の正被扶養者へ異動 5. その他	
	H 年 月 日					
	R					
(フリガナ)	S	男・女		年 月 日	1. 就職 2. 死亡 3. 正被扶養者へ異動 4. 会員以外の正被扶養者へ異動 5. その他	
	H 年 月 日					
	R					
(フリガナ)	S	男・女		年 月 日	1. 就職 2. 死亡 3. 正被扶養者へ異動 4. 会員以外の正被扶養者へ異動 5. その他	
	H 年 月 日					
	R					

注意：申請書の提出月の1日が認定日となります。さかのぼって認定を受けることは出来ません。

添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認定を受ける方の保険証のコピー → 全員 ・ 同居が確認できる書類（会員本人の住所が分かるもの） → 子供以外 ・ 市町村発行の所得証明書（遺族年金受給者は年金通知書(写)） → 子供以外
------	--

上記の申請は、事実と相違ないことを認めます。

年 月 日

団 体

代表者

⑩

認定年月日	※連盟記載欄					
年 月 日		連盟 決裁	係	検 印	決 定	

システム入力 ⑩