

報 告 書 (医療任意継続会員用)

年 月 日

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 行

フリガナ							
会員名 (生年月日)	(昭和)					印	
会員番号	団体コード			会員コード			

下記のとおりご報告いたします。

記

配偶者の有無	有 ・ 無	扶養状況	扶養 している ・ していない
(フリガナ) 配偶者氏名 (生年月日)	(.) (昭和)		

被扶養者名簿

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	異動事由	異動年月日
(フリガナ)	男 女		発生 消滅
(フリガナ)	男 女		発生 消滅
(フリガナ)	男 女		発生 消滅
(フリガナ)	男 女		発生 消滅

※ご自分とその被扶養者が使用している保険証のコピーを用紙裏に添付ください

住 所	フリガナ					
	〒	—				
電 話 番 号	()	—				
給 付 金 の 送 金 先	金融機関名	岩手県信連 農 協 岩手県信漁連 銀 行	本所・本店 支所・支店			
預 金 種 目 (○印)	1. 普通	名義人 (フリガナ)				
	2. 当座	口座番号				

※① 医療任意継続会員の医療費給付対象者は、**会員本人と**、会員の方が加入している保険証の扶養になっている方に限ります。

(現職期間中のみなし被扶養者や、75歳以上の後期高齢者医療制度の被保険者は除きます。)

② 上記報告書の提出後において記載報告事項に変更があった場合は、その都度この報告書を提出してください。

ご不明の点がありましたら、本連盟までご連絡ください。

所 在 地 〒020-0024 盛岡市菜園1丁目4番10号
電 話 番 号 019-626-8431 FAX 019-625-0680