

# 被扶養者申告書（様式No.03-040）記入例

## 被扶養者申告書

一般社団法人  
岩手県農林漁業団体役員連盟 御中

〇年 〇月 〇日

医療費給付規程に関する事務手続要領第6条に基づき、下記会員の被扶養者の異動について申告いたします。

会員番号	団体コード	会員コード	会員氏名	① 職 連 太 郎					
1 4 0 5 0 0 0 1				生 年 月 日	性 別	続 柄	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	異動事由
(フリガナ) イチロウ	S			H 〇年5月8日	男	長男	〇年5月8日	年 月 日	① 出生
② 職 連 一 郎	(R)				女				
(フリガナ)	S			H 年 月 日	男・女		年 月 日	年 月 日	
(フリガナ)	S			H 年 月 日	男・女		年 月 日	年 月 日	
(フリガナ)	S			H 年 月 日	男・女		年 月 日	年 月 日	
(フリガナ)	S			H 年 月 日	男・女		年 月 日	年 月 日	

- 注意** 1. 健康保険被扶養者（異動）決定通知書の写しを添付してください。  
※年金事務所または健康保険組合により確認済みのもの  
2. 続柄に記入する際の子供の記入例→長男、二男、三男、長女、二女、三女…

上記の申告は、事実と相違ないことを認めます。

〇年 〇月 〇日

団体名 〇〇〇〇組合

代表者名 〇〇 〇〇



連盟 決裁	係	検 印	決 定

03-040

システム入力

## 記入の方法

- ① 会員本人の氏名を記入します。
- ② 健康保険で認定された被扶養者の氏名・生年月日・性別・続柄を記入します。
- ③ 健康保険で認定された日を記入します。
- ④ 異動事由を記入します。

※この被扶養者申告書に

**「健康保険被扶養者(異動)決定通知書」**

の写しを添付し、提出します。

続柄によってコードが決まっておりますので、医療費給付金請求書を提出する際には下記コードを参考に記入してください。

本人	00	父	31	祖父	41	その他	70～79
配偶者	01	母	32	祖母	42	みなし被扶養者	80～90
長男～九男	11～19	義父	35	兄弟	51～59		
長女～九女	21～29	義母	36	姉妹	61～69		