

被扶養者申告書

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				
	被扶養者の氏名				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)	S				年 月 日		男・女		年 月 日	年 月 日			
	H				年 月 日								
(フリガナ)	S				年 月 日		男・女		年 月 日	年 月 日			
	H				年 月 日								
(フリガナ)	S				年 月 日		男・女		年 月 日	年 月 日			
	H				年 月 日								
(フリガナ)	S				年 月 日		男・女		年 月 日	年 月 日			
	H				年 月 日								
(フリガナ)	S				年 月 日		男・女		年 月 日	年 月 日			
	H				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。

年 月 日

団体名

代表者名

印

連盟 決裁	係	検印	決定

システム入力 印