

「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	印

※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 H 年月日 R	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
(フリガナ)	S H 年月日 R	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
(フリガナ)	S H 年月日 R	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
(フリガナ)	S H 年月日 R	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

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	・認定を受ける方の下記いずれかの写し ①マイナポータル（健康保険資格情報） ②資格確認書 ③資格情報のお知らせ ・同居が確認できる書類（会員本人の住所が分かるもの） ・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））	→ 全員 → 子供以外 → 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

印

認定年月日	※連盟記載欄	連盟決裁	係	検印	決定
年 月 日					

システム入力