

「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	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	・ 認定を受ける方下記いずれかの写し	→ 全員	
	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）	→ 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

(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 (印)