

健康保険被扶養者認定願書

申請年月日 令和 年 月 日

事業所名称	所属	記号	番号	氏名	印

※この届書には被扶養者状況表及び戸籍謄本などの添付書類が必要です。

住所	フリガナ

申請の対象となる被扶養者	氏名	続柄	個人番号 生 年 月 日	性別	年齢	同居・別居	申請理由	マイナ保険証 有 無
	フリガナ		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		同居 別居	該当年月日 年 月 日
フリガナ		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		同居 別居	該当年月日 年 月 日	有 無
フリガナ		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		同居 別居	該当年月日 年 月 日	有 無
フリガナ		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		同居 別居	該当年月日 年 月 日	有 無
フリガナ		昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		同居 別居	該当年月日 年 月 日	有 無

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 ー ④
---------------------------------	----------------------

備考

☆記入しないで下さい。

常務理事	事務長			担当者	令和 年 月 日 認定

受付日付印