

健康保険被扶養者認定申立書

令和 年 月 日

マルハニチロ健康保険組合理事長殿

	常務理事			担当者

被 保 険 者				
所 属				
記 号		番 号		氏 名

下記の者を私の被扶養者として認定願いたく、申請いたします。

記

ふりがな 氏 名	生 年 月 日	続 柄	同居・別居の別
	昭和 平成 令和 年 月 日		同居 ・ 別居
(別居の場合) 住 所	〒		

申 請 理 由 (実態を詳細に記入して下さい)			
現在加入の健康保険			
収 入	(収入を証明する書類を添付。就学中は在学証明書)		
特別な事情	(扶養しなければならない特別な事情があれば記入)		