

# 被扶養者認定連絡票

提出日 令和 年 月 日

本部事務局 総務課担当者 様

事業所名 \_\_\_\_\_

職 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

下記の者を健康保険の被扶養者としたいので、ご連絡いたします。

## 記

	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄
①	(フリガナ)	昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> 男	
	(氏) (名)			
②	(フリガナ)	昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> 男	
	(氏) (名)			
③	(フリガナ)	昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> 男	
	(氏) (名)			
④	(フリガナ)	昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> 男	
	(氏) (名)			
⑤	(フリガナ)	昭和・平成・令和	<input type="checkbox"/> 男	
	(氏) (名)			

《備 考》

- ※1 内容確認の問合せを、後日担当者よりさせていただきます。
- ※2 この「被扶養者認定連絡票」は、正式な被扶養者認定ではありません。