

アストラゼネカ健康保険組合理事長 殿

扶養申立書

被扶養者氏名			
続柄			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
扶養申請理由			
現在加入の健康保険について	制度名	国民健康保険・任意継続被保険者・未加入	
		その他()	
	健康保険料納付状況	令和 年 月分まで納入済	
同居状況	同居・別居 * 別居の場合は住所を記入してください。 〒		

上記の被扶養者について、上記理由により届け出の被扶養者の扶養認定を申請します。
なお、上記内容が認定後、事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者の抹消、
給付の停止、医療費の返還請求に速やかに応じます。

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____

印

上記、申立のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

東京都港区芝浦3-1-1
アレクシオンファーマ合同会社
人事総務部長 成瀬 瑠美