

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対応します。

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