

## 被扶養者申立書

健康保険被扶養者申請において、下記の通り、申し立てます。

被保険者証記号番号	(記号)	(番号)
被 保 険 者 氏 名		
申 請 対 象 者	(続柄)	(氏名)
申 立 内 容		

上記の申立内容に虚偽はありません。内容に虚偽があった場合は、認定日にまで遡り、被扶養者の資格を取り消すとともに、医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還することを誓約いたします。

平成 年 月 日

被保険者氏名

印

※申請対象者の署名ではありません。

※日付・署名・捺印がない場合は受理いたしません。