年　　　月　　　日

**被扶養者認定伺**

河北新報健康保険組合　理事長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　（事業所　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 認定対象者の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　　　） |  |  |
| 加入申請の理由を具体的に記入して下さい |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 健保記載欄 |  |
|  |
|  |
|  |  |  | 常務理事 | 事務長 | 係 |