　　　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 |