

健康保険組合		
長	長	担当者

事業主健保担当箇所		
長	長	担当者

国民年金第3号被保険者届への被扶養認定月日証明願

下記対象者の被扶養認定月日を添付の「国民年金第3号被保険者資格取得届」に証明願います。

(対象者)

被保険者番号	氏名	被扶養者氏名	続柄	備考
1234567	健保 太郎	健保 花子	妻	

郵便番号	〒530-6691
所在地	大阪市北区中之島6丁目2番27号
事業所名称	(株)
電話番号	0123(456)7890