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

郵便番号 所在地 事業所名称 電話番号	