

扶養証明書

令和 年 月 日

組 合 員 氏 名 _____

記

宮崎県医師国民健康保険組合被保険者に関する内規第1条第1項について、
下記の者を扶養していることを証明します。

被保険者記号・番号	
対 象 者 氏 名	
組 合 員 と の 続 柄	
対 象 者 の 現 住 所 ※組合員住所と異なる場合のみ	〒

※扶養の事実が明らかである書類（例：戸籍の附票）を添付の上、ご提出ください。