

和歌山県農協健康保険組合 行

被扶養者状況確認書

記号	番号	本人氏名	(印)			
認定対象者氏名		生年月日	年	月	日	続柄
現在の状況 ( 詳しく記入願います )						
1.就職されていない理由						

2023.4.1～

令和 年 月 日

事業主 名称  
氏名