

令和 年 月 日

古河健康保険組合  
理事長 殿

被保険者  
氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

## 申 出 書

扶養家族の異動届を提出するにあたり、下記の者は、遺族年金、障害年金など非課税収入を受給していないことを申し出いたします。

なお、新たに収入が発生した場合は、速やかに貴殿に届出いたします。

続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

※この申出書は、扶養家族の申請をするときに、規定の添付書類の他、健保組合が必要と判断したときに提出いただきます。