扶 養 理 由 書

下記の理由により福岡県薬剤師国民健康保険組合の扶養となることを、住民票を添えて申請します。

扶養となる者の氏名	扶　養　理　由

なお、今回申請した者が就職等で別の健康保険に加入した場合は可能な限り早急に届けます。

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿

令和　　年　　月　　日

組合員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2026.9.1