同居に関する証明書

被保険者	保険証 記号		保険証 番号		事業所名	
	氏名				住所	
同居し生計を 共にしている者全員	氏名	(続柄)			住所	
	氏名	(続柄)			住所	
	氏名	(続柄)			住所	
	氏名	(続柄)			住所	
	氏名	(続柄)			住所	
1枚で記入できない場合は 2枚使用してください。						
被保険者	<p>上記のとおり相違ありません。上記の申告に相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を削除するとともに、医療費、保険給付、保健施設利用料金等全額返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p>					
証明者 (民生委員、町内会長、 施設長などの第三者)	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">役職名 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p>					

※住民票の世帯主が別だが、一緒に住んでいる場合に提出(実父母・実祖父母・実弟妹に限る)してください。二世帯住宅では使用できません。

改定：令和1年5月