

「健康保険被扶養者確認調書」の記入例

事業所 ○○○○

氏名 ○○○○様

記号・番号 ○○-○○○○

確認対象の方のみ印字されています。
(記載のない方を追記する必要はありません。)

健康保険被扶養者確認調書 平成 年 月 日 頁 <UM75AAEF-01> (DC)

被 保 険 者 欄	事業所	○○○○	必ず押印してください	
	記号	○○	印	
	番号	○○○○	氏名	○○○○
	性別	○	生年月日	昭和00年00月00日
	資格取得年月日	昭和00年00月00日	標準報酬月額	
	住所	〒 -		

学生の方は大学2年生等、その他の方はパート・無職等と記入してください。

退職された方は退職年月日を記入してください。

それぞれどちらかに○をつけてください。

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

氏名	性別	認定年月日 生年月日	年齢	続柄	税上の 扶養家族で 有・無	職業 学校 学年	年 間 入 収 入	同区別の 区分	備考	健保使用欄
○○ ○○		昭和00年00月00日 昭和00年00月00日	00	妻	有	無職	1,135,763	○	H22.6.30 退職	
○○ ○○		昭和00年00月00日 昭和00年00月00日	00	長男	有	大学2年生	0	○		
○○ ○○		昭和00年00月00日 平成00年00月00日	00	父	有	無職	981,000	○		
○○ ○○		昭和00年00月00日 平成00年00月00日	00	母	有	パート	532,160	○		

特に注意!!
被扶養者を削除する場合は、備考欄に理由と事実発生日を赤で記入のうえ、「被扶養者異動届」と「保険証」を提出してください。

特に注意!!
全日制の高校生以外の被扶養者の方は、収入(状況)の確認のため書類提出が必要です。

特に注意!!
この調書や提出書類にて扶養の事実確認ができない場合は、別途確認をとる場合があります。

注 意

- この調書に印字のない被扶養者(家族)の方は、今回確認の対象から除外してあります。なお、この調書を提出の際は必ず印鑑を押印してください。
- 氏名・生年月日・続柄等の登録内容に訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を赤線で抹消し、訂正内容を赤で記入してください。
- 被扶養者を削除する場合は、扶養者を赤線で抹消し、備考欄に理由と事実発生日を赤で記入のうえ、「被扶養者異動届」と「保険証」を提出してください。
- 税上の扶養家族・年金受給者の有無欄及び同居別居の区分欄には、どちらかに○をつけてください。
- 職業欄には、学生の方は大学2年生等、その他の方はパート・無職等と記入してください。なお、退職された方は備考欄に退職年月日を記入してください。
- 全日制の高校生以外の被扶養者の方は、収入(状況)の確認のため調書「提出書類一覧表」に必ず必要な書類を提出してください。
- この調書や提出書類にて扶養の事実確認ができない場合は、別途これを確認できる書類の提出をお願いします。

名古屋薬業健康保険組合

〒460-0002
名古屋市中区赤松の中央三丁目1番25号

TEL 052-211-2439 NO:0000001#