

記入例

健康保険被扶養者確認調書

必ず印鑑を押印してください。

住所が印字と異なる場合は、2重線にて訂正の上、正しい住所をご記入ください。

事業所	〇〇〇〇株式会社		
被保険者記号	氏名	葉業 太郎	
番号	生年月日	年	月 日
性別	年月日	年	月 日
欄	住所	愛知県名古屋市中区丸の内3丁目1-35	

下に記載されている被扶養者についてご願います。

氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	職歴 扶養開始前	職歴 扶養開始後	学校・学年	年間収入 税引前	収入 の別	備考	健保使用欄
葉業 花子		年 月 日			有・無	有・無	②	④	同・別	⑥	
		年 月 日			有・無	有・無					

- ①・③・⑤は、必ずどちらかに○印をつけてください。
- ②学生の方は**大学●年生等**、その他の方は**パート、無職等**と記入してください。
- ④課税非課税にかかわらず年金等含む、**令和2年中すべての年間収入額**を、源泉徴収票・年金支払通知書・確定申告などをご確認のうえ、正確に記入してください。**収入が無い場合は、0円とご記入ください。**
- ⑥退職された方は退職年月日を記入してください。学生以外の方で**別居されている場合は、令和2年中の仕送り額(年額)**を記入してください。
- 被扶養者を削除する場合は、理由と事実発生日を記入し、(例:令和1年4月1日就職のため。)別途「被扶養者異動届」と削除する方の「保険証」を提出してください。

確認の対象に該当する被扶養者(家族)の方のみ、印字をしております。印字のない被扶養者(家族)の方を、追記する必要はありません。**添付書類は原則不要**ですが、扶養の事実確認等ができない場合には、別途書類を提出していただく場合がありますのであらかじめご了承ください。提出期限までに確認調書などの提出がなかった方につきましては、被扶養者から削除させていただく場合がありますので、ご注意ください。