

記入例

- ①②③ 必ずどちらかに○印をつけてください。(被保険者が単身赴任されている場合は「同居」としてください)
- ④ 学生の方は学校・学年(大学1年生等)、その他の方は「パート」「無職」等と記入してください。
- ⑤ **令和3年中(令和3年1月1日～令和3年12月31日)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。(課税非課税にかかわらず、年金等も含みます)
収入が無い場合は、「0円」と記入してください。
- ⑥ 被扶養者を削除する場合は、理由と事実発生日を記入し、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。

健康保険被扶養者確認調書 令和3年XX月XX日

被 保 険 者 欄		事業所	〇〇〇〇株式会社			
		記号				
		番号	氏名	薬業 太郎		
		性別	生年月日	年 月 日		
		資格取得年月日	年 月 日	標準報酬月額		
		住所	〒XXX-XXXX 愛知県名古屋市中区丸の内XX丁目XX-XX 〒XXX-XXXX 愛知県名古屋市▲▲区▲▲XX丁目XX-XX			

変更がある場合は二重線で取り消し、正しい住所を記入してください。

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、追記する必要はございません。

氏名	性別	認定年月日 生年月日	年齢	続柄	①	②	③	備考	健保使用欄
					職業上の 扶養者 学校・学年	年金受給者 年間収入	同居別居 の区別		
薬業 花子	女	平成5年9月1日 昭和48年6月1日	48	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	パート 987,650円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
薬業 春男	男	平成9年4月10日 平成9年4月10日	24	子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アルバイト 345,600円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	仕送り 480,000円	学生以外の方で別居かつ仕送りがある場合は、収入とは別に仕送り額(年額)も記入してください。
薬業 夏子	女	令和3年5月1日 平成10年8月15日	23	子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無職 1,080,000円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和3年4月30日 退職	退職された方は退職年月日を記入してください。
薬業 秋子 ⑥	女	平成14年10月20日 平成14年10月20日	19	子	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社員 0円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	令和3年4月1日 就職のため ⑥	
薬業 一夫	男	平成23年1月10日 昭和25年12月5日	71	父	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	自営業 1,234,500円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		年金受給されている方は、年金額も含めた収入合計(年額)を記入してください。

ご提出の際は記入漏れがないかご確認をお願いいたします。(記入漏れがある場合は書面にて再確認をいたします)
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。