

記入例

赤枠内を黒字でご記入ください。

健康保険被扶養者確認調書 平成30年 8月 1日

10頁 (UM75AAEH-01) (N1)

事業所 14〇〇
株式会社 上組 (〇〇)

氏名 健保 太郎 様

記号 番号
所属

印字内容をご確認いただき、変更・訂正がある場合は＝二重線で抹消し赤字で記入してください。

被保険者欄	事業所	14〇〇 株式会社 上組		
	記号	14	フリガナ	ケンボ タロウ
	番号	12345	氏名	健保 太郎
	性別	男	生年月日	昭和40年 4月 1日
	資格取得年月日	平成 5年 4月 1日	標準報酬月額	29-09 360
	住所	〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅☎ 078-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯☎		



フリガナ氏名	性別	認定年月日 生年月日	年齢	続柄	税法上の扶養家族で	職業 学校・学年	年金受給者で	年間収入	同居別居の区別	備考	健保使用欄
ケンボ ハナコ 健保 花子	女	平成20年 6月 1日	49	妻	有 無	パート	有 無	90万円	同 別		
		昭和44年 3月 1日									
		住所 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅☎ 078-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯☎									
ケンボ ハナエ 健保 花江	女	平成 5年 4月 1日	71	母	有 無	無職	有 無	老齢年金 80万円	同 別		
		昭和22年 4月 1日									
		住所 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅☎ 078-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯☎									
ケンボ ジロウ 健保 次郎	男	平成 5年 4月 1日	20	長男	有 無	〇〇大学2回生	有 無	0円	同 別		
		平成10年 5月 1日									
		〒101-8001 東京都千代田区〇〇2-〇〇-〇〇ハイツ201号室 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅☎ 携帯☎ 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇									

- 注意
- 被扶養者欄に記載のある方は、必要な添付書類について、別紙「被扶養者確認調書による被扶養者資格の再確認と提出について（お願い）」をお読みください。
 - 氏名、生年月日、続柄等の記載内容に訂正の必要がある場合は誤りを＝線で抹消し訂正内容を赤で記入して、別途訂正届に被保険者証を添えて提出してください。
 - 就職、結婚、死亡等により被扶養者を抹消する場合は、該当者を＝線で抹消し、別途被扶養者届（抹消）に被保険者証を添えて提出してください。
 - 被扶養者が別居の場合は、「別」を○で囲んで住所欄を＝線で抹消し、赤で別居先の郵便番号・住所・自宅（携帯）電話番号を余白に記入してください。
 - 平成29・30年中に勤めていた被扶養者の方で、現在退職している場合は、備考欄に入社日・退職日・雇用保険の加入の有無を記入してください。
 - 被保険者が離婚、死別等により配偶者のいない方は、右記（ ）に○を記入してください。 配偶者なし（ ）
 - 今回、確認対象外の方は、年間収入欄に「*****」が表示されています。（平成30年4月1日において15歳未満の被扶養者）
 - 被保険者証と氏名の記載が異なる方（カタカナ表示）、認定日が昭和57年2月1日と表示されている方は、システム上この記載となりますのでご了承ください。
 - 提出期限までにこの書類を提出されない場合、検認又は更新を受けないとされ、その方の被保険者証は無効となります。（提出期限：平成30年9月28日必着）

サニーピア健康保険組合

〒650-0024
神戸市中央区海岸通3丁目1番1号

☎078-321-1241 NO:0000001#

被扶養者の範囲

の表示の被扶養者は同一世帯が条件となります。

