

記入例

赤(太)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

令和4年8月1日

10頁 (UM75AAEH-01) (N1)

事業所 37
株式会社 サニーピア
氏名 健保 太郎 様
記号 番号

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	37 株式会社 サニーピア		
	記号	37	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	
	住所	〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅TEL 078-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯TEL		

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

	フリガナ 氏名	性別	認定年月日		年齢	続柄	税法上の	職	年金受	年間収入	同居別居	備考	健保使用欄
			扶養家族で	業			給者で	の区別					
被 扶 養 者 欄	ケンボ ハナコ 健保 花子	女	平成20年 6月 1日 昭和44年 3月 1日	51	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	パート	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	90万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別			
	住所	〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅TEL 078-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯TEL											
	ケンボ ハナエ 健保 花江	女	平成 5年 4月 1日 昭和24年 4月 1日	71	母	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	老齢年金 80万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別			
住所	〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅TEL 078-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯TEL												
欄	ケンボ ジロウ 健保 次郎	男	平成 5年 4月 1日 平成12年 5月 1日	20	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〇〇大学2回生	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	0円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別			
	住所	〒101-8001 東京都千代田区〇〇2-〇-〇〇ハイツ201号室 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅TEL 携帯TEL 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇											

注意 1. 印字内容に訂正がある場合は、＝線で抹消し訂正内容を赤で記入
2. 被扶養者を抹消する場合は＝線で抹消
3. 令和3年～4年に給与収入があり現在退職している場合は、備考欄に入社日・退職日・雇用保険加入の有無を記入
4. 年金受給者は余白に種類を記入（企業年金・老齢年金・障害年金等）
5. 被保険者で配偶者のいない方は右記（ ）に○を記入 配偶者なし（ ）

※1 必要な添付書類は、当組合HPの「お知らせ欄」の「健康保険被扶養者資格の再確認について」を参照してください。
※2 被保険者証と記載が異なる方（氏名がカタカタ、認定日は昭和57年2月1日）は、システム上によるものです。
※3 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。
事業所を経由して必ず提出期限までに提出してください。また訂正等による各種届の提出については、事業所担当者の指示に従ってください。（提出期限：令和4年9月30日健康保険組合必着）

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

TEL 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。

