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７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 氏名	ケンポ　タロウ 健保　太郎	
番号	12345			
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○○　１－１ 自宅TEL　０７８－○○○-○○○○　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。

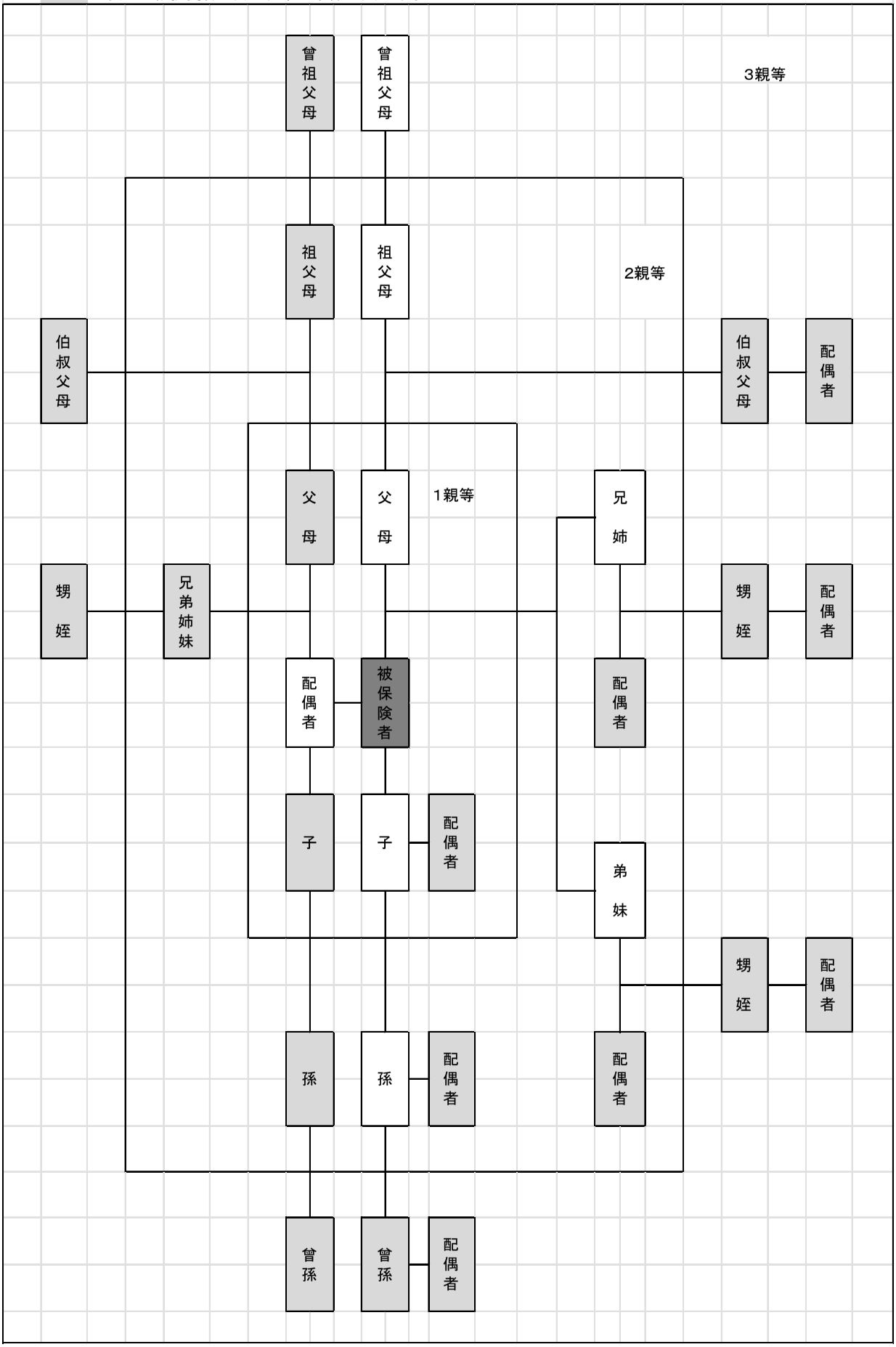
	フリガナ 氏名	性別	認定年月日 生年月日	年齢	続柄	税法上の扶養家族で	職業 学校・学年	年金受給者で	年間収入	同居別居の区別	備考	健保使用欄
被扶養者欄	ケンポ　ハナコ 健保　花子	女	平成２０年　６月　１日 昭和４５年　３月　１日	55	妻	(有) 無	パート	有 (無)	９０万円	(同) 別		
		住所	〒６５０－００２４　兵庫県神戸市中央区○○　１－１								自宅TEL ０７８－○○○-○○○○ 携帯TEL	
	ケンポ　ハナエ 健保　花江	女	平成　５年　４月　１日 昭和２９年　４月　１日	71	母	(有) 無	無職	(有) 無	老齢年金 ８０万円	(同) 別		
		住所	〒６５０－００２４　兵庫県神戸市中央区○○　１－１								自宅TEL ０７８－○○○-○○○○ 携帯TEL	
	ケンポ　ジロウ 健保　次郎	男	平成　５年　４月　１日 平成１７年　５月　１日	20	長男	(有) 無	○○大学2回生	有 (無)	０円	(同) 別		
		住所	~~〒１０１－８００１　東京都千代田区○○２－○－○　○○ハイツ２０１号室~~ 〒650－0024　兵庫県神戸市中央区○○　1－1								自宅TEL 携帯TEL ０９０－○○○○-○○○○	

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６年～７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　届出と記載が異なる方（氏名がカタカタ、認定日が昭和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、その方の資格確認書は無効となります。
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７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
TEL０７８－３２１－１２４１

NO：０００００００１#

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。