

【一般的な場合】

健康保険被扶養者確認調査書

平成 23 年 8 月 1 日

頁

事業所 5001
独立行政法人〇〇機構

氏名 健保 太郎 様
記号・番号 5001-1234

被 保 険 者 欄	事業所	5001 独立行政法人〇〇機構		
	記号	5001	フリガナ	ケンポ タロウ
	番号	1234		健保 太郎
	性別	男	生年月日	平成 35 年 4 月 10 日
	資格取得年月日	平成 60 年 4 月 1 日	標準報酬月額	22-09 500
	住所	記入不要		

健保

記入が必要な欄

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	生年月日	年齢	続柄	税法上の 扶養家族	職業・ 学校・学年	年金 給者で	年間 収入	同居別居 の区別	備考	健保 使用欄
被	ケンポ ハナコ 健保 花子	女	昭和36年10月1日	49	妻	有・無 記入不要	パート	有 無	100	同 別		
被	ケンポ イチロウ 健保 一郎	男	昭和63年12月10日	22	長男	有・無 記入不要	大学4年生	有 無	0	同 別		
被	ケンポ ヨウコ 健保 陽子	女	平成7年7月7日	15	長女	有・無 記入不要	中学3年生	有 無	0	同 別		
被			平成 年 月 日			有・無		有 無		同 別		
被			平成 年 月 日			有・無		有 無		同 別		

- 注意 1. 被扶養者欄の「職業、学校・学年」「年金受給者で」「年間収入」「同居別居の区別」を黒でご記入下さい。
(「税法上の扶養家族で」は記入不要です。)
2. 氏名、生年月日、続柄等の登録内容に訂正がある場合は、当該訂正箇所を＝線で抹消し、訂正内容を赤でご記入下さい。
3. 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を＝線で抹消して下さい。
4. 被扶養者認定基準と合致していない場合は、該当する被扶養者を＝線で抹消して下さい。
5. 被保険者欄に確認印を押して下さい。
6. 被保険者欄の「住所」は記入不要です。

経済産業関係法人健康保険組合

〒 105-0001
東京都港区虎ノ門2-2-5

TEL 03-3583-8260

上記2、3、4の訂正・異動があった場合は、「被扶養者諸変更・訂正届」または「被扶養者異動届」に健康保険証を添付して、確認調査書と同時に提出下さい。なお、確認調査書の内容は平成23年8月1日現在で記載されています。