

【出力情報に誤りがある場合】

- ・妻の生年月日を訂正
- ・長男の名前を訂正
- ・手続⇒この確認証書に「被扶養者諸変更・訂正届」と該当者の被保険者証を添付し、事業所担当課経由で健保組合へ提出。

健康保険被扶養者確認調書

平成24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<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 事業所     | 5001 独立行政法人〇〇機構 |        |                  |
|                       | 記号      | 5001            | 氏名     | ケンボ タロウ<br>健保 太郎 |
|                       | 番号      | 1234            |        |                  |
|                       | 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 | 24-09 500        |
|                       | 住所      | 〒 -<br>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<br>氏 | リ<br>ガ<br>ナ<br>名 | 性別 | 生年月日         | 年齢 | 続柄 | 税法上の<br>扶養家族 | 職<br>業<br>学<br>校<br>・<br>学<br>年 | 年<br>金<br>給<br>者<br>で | 年<br>間<br>収<br>入 | 同居別居<br>の<br>区<br>別 | 備<br>考 | 健<br>保<br>使<br>用<br>欄 |
|---|--------|------------------|----|--------------|----|----|--------------|---------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|--------|-----------------------|
| 被 | ケンボ    | ハナコ              | 女  | 昭和38年10月 15日 | 50 | 妻  | 有・無<br>記入不要  | なし                              | 有<br>無                | 0                | 同<br>別              |        |                       |
| 被 | ケンボ    | イチロウ             | 男  | 平成 2年12月10日  | 21 | 長男 | 有・無<br>記入不要  | 大学4年生                           | 有<br>無                | 0                | 同<br>別              |        |                       |
| 被 | ケンボ    | ヨウコ              | 女  | 平成 9年 7月 7日  | 15 | 長女 | 有・無<br>記入不要  | 中学3年生                           | 有<br>無                | 0                | 同<br>別              |        |                       |
| 被 |        |                  |    | 平成 年 月 日     |    |    | 有・無<br>記入不要  |                                 | 有<br>無                |                  | 同<br>別              |        |                       |
| 被 |        |                  |    | 平成 年 月 日     |    |    | 有・無<br>記入不要  |                                 | 有<br>無                |                  | 同<br>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。

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、確認調書と同時に提出下さい。なお、確認調書の内容は、平成24年8月1日現在で記載しています。

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