

【一般的な場合】

健康保険被扶養者確認調書

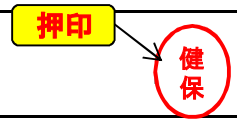
平成 27 年 8 月 1 日

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 者 欄	事業所	5001 独立行政法人〇〇機構		
	記号	5001	フリガナ	ケンボ タロウ 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	27-09 500
	住所	〒 - 記入不要		



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 扶 養 者 欄	ケンボ ハナコ 健保 花子	女	昭和40年10月1日	49	妻	有・ 記入不要	パート	有 無	100	同 別			
	ケンボ イチロウ 健保 一郎	男	平成4年12月10日	22	長男	無	大学4年生	有 無	0	同 別			
	ケンボ ヨウコ 健保 陽子	女	平成11年7月7日	16	長女	無	中学3年生	有 無	0	同 別			
				平成 年 月 日			有・ 無		有 無		同 別		
				平成 年 月 日			有・ 無		無		別		

記入が必要な欄
「職業・学校・学年」「年金受給者で」「年間収入」「同居別居の区別」

- 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。（被扶養者となり得る基準については、同封のパフレットで確認して下さい。）
4. 被保険者欄に確認印を押して下さい。
5. 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

☎ 03-3583-8260

上記2、3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、確認調書は平成27年8月1日現在の被扶養者（平成27年4月1日以降に認定された者を除く。）で作成しています。