

【一般的な場合】

健康保険被扶養者確認調書

平成 28 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	氏名	ケンボ タロウ
	番号	1234		健保 太郎
	性別	男	生年月日	平成 36 年 4 月 10 日
	資格取得年月日	平成 61 年 4 月 1 日	標準報酬月額	28-09 500
	住所	〒 - <b>記入不要</b>		

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	税上の 扶養家族	職 業 学 校 ・ 学 年	年 金 給 者 有 無	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 41 年 10 月 1 日	49	妻	有 <b>記入不要</b>	パート	有 無	100	同 別		
	ケンボ イチロウ 健保 一郎	男	平成 5 年 12 月 10 日	22	長男	有 <b>記入不要</b>	大学 4 年生	有 無	0	同 別		
	ケンボ ヨウコ 健保 陽子	女	平成 13 年 7 月 7 日	15	長女	無	中学 3 年生	有 無	0	同 別		
				平成 年 月 日			有・無		有 無		同 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」

【誓約】 今回の被扶養者再認定の対象となる者の状況は上記に相違ありません。事実と異なる内容があった場合には、健保組合の指定する日をもって被扶養者から削除し、削除日以降に発生した医療費の健保組合負担額等は返還します。また、今後被扶養者の収入増など扶養状況に変更があった場合は速やかに削除の手続きを行います。

上記誓約の署名(被保険者名) :

健保 太郎

**被保険者による署名**

- ※ この確認調書は平成28年8月1日現在の被扶養者(平成27年8月1日以降に認定された者を除く。)で作成しています。
- ※ 同封のパンフレットをご確認のうえ必要事項を記入し、必要な証明書類を添付して勤務先担当課の指定する期日までに同担当課へご提出下さい。
- ※ 証明書類として被扶養者申請理由書(兼現況届)を添付する場合は、ご面倒でも同書の誓約欄へも署名して下さい。

〒 105-0001  
東京都港区虎ノ門 2-2-5

☎ 03-3583-8260