

# 健康保険被扶養者確認届 (収入超過者)

※健保記入欄

1次確認	2次確認	担当者

太枠内をご記入のうえ、添付書類をホチキス留めして事務担当者の方へご提出ください。

記入例

## ◆被保険者

記号一番号	5555 - 123	氏名	健保 太郎
-------	------------	----	-------

## ◆対象となる被扶養者

(フリガナ) 被扶養者氏名	続柄	生年月日	認定日	継続して扶養している場合に記入		すでに扶養からはずれている場合に記入	
				月平均収入額	職業	扶養をはずれた日	扶養をはずれた理由
ケホ 二郎 健保 二郎	長男	H7.4.2	H20.4.1			令和 7 年 4 月 1 日	理由 <b>就職</b>
ケホ 花子 健保 花子	長女	H8.4.3	H20.4.1	<b>60,000円</b>	<b>大学生</b>	令和 年 月 日	理由
				円		令和 年 月 日	理由
				円		令和 年 月 日	理由
				円		令和 年 月 日	理由

裏面をご確認のうえ、どちらかあてはまる方にご記入ください

扶養を継続している場合

扶養からはずれている場合

事業所所在地	〒000 - 0000 東京都千代田区1-0-0
事業所名称	(株)健保
事業主氏名	富士見 一郎

状況により添付書類が必要となります  
詳細は裏面及び当組合HPをご確認ください。

### 保険証又は資格確認書を添付

事業所所在地・名称、事業主氏名をご記載のうえ、一緒に提出ください。  
※保険証等の発行がなく、マイナ保険証を利用されている方は添付不要です。

受付日付印

削除者がいない場合は、  
記入不要

※扶養削除する場合のみ、ご記載ください。