健康保険被扶養者確認届　記入例

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。

※健保記入欄

1次確認	2次確認	担当者

◆被保険者

記号－番号	5555 － 123	氏　名	健保　太郎

配偶者の有無（該当する方に○）	有 ・ 無

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

◆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 月平均収入額	継続して扶養している場合に記入 職業	すでに扶養からはずれている場合に記入 扶養をはずれた日	すでに扶養からはずれている場合に記入 扶養をはずれた理由
ｹﾝﾎﾟ　ｼﾞﾛｳ 健保　二郎	長男	H7.4.2	H20.4.1	円		平成 令和 3 年 4 月 1 日	理由 就職
ｹﾝﾎﾟ　ﾊﾅｺ 健保　花子	長女	H8.4.3	H20.4.1	60,000円	大学生	平成 令和 年 月 日	理由
				円		平成 令和 年 月 日	理由
				円		平成 令和 年 月 日	理由
				円		平成 令和 年 月 日	理由

扶養を継続している場合

所得証明書を添付

R3年度 所得証明書

市区町村発行のもの
「課税証明書」
「非課税証明書」でも可

扶養からはずれている場合

保険証を添付

削除者の保険証

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

受　付　日　付　印

※事務担当者様へ

被扶養者の削除となる場合は以下の欄を記入し、保険証を添付してご提出ください。
（継続して扶養されている場合には記入は不要です。）

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

※扶養削除する場合、ご記載ください。

削除者がいない場合は、記入不要

東京都情報サービス産業健康保険組合