

健康保険被扶養者確認届

記入例

※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。

◆被保険者

記号一番号	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		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
ケ保 健保 二郎	長男	H7.4.2	H20.4.1			平成 令和 4年4月1日	理由 就職
ケ保 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

※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	(株)健保
事業主氏名	宣十目 一郎

扶養を継続している場合

所得証明書を添付

R4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

削除者がいない場合は、
記入不要

※扶養削除する場合、ご記載ください。