

健康保険被扶養者確認届総括表

提出年月日 年 月 日

事業所記号		担当者氏名		電話番号	-	-
-------	--	-------	--	------	---	---

[対象人数] 名 ← 再認定の対象者人数(確認届に記載されている被扶養者の合計)

[届出人数] 名 (内 削除者 名) ← 確認届の届出人数をご記入ください ※削除者は保険証の添付が必要です

《留意事項》

- 確認届の提出期限は**令和4年11月15日(火)必着**です。
- 確認届は、**すべての枚数をそろえて、被保険者番号順**にした上でご提出願います。
- 確認届は**窓開き封筒から取り出してご提出ください**。
- **扶養から削除される方は、確認届に『事業所所在地』、『事業主氏名』を記載し、保険証を添付してご提出ください。(削除処理後、控えを事業所へ返送いたします)**

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		

受付日付