

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

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－番号	－	氏 名	
-------	---	-----	--

配偶者の有無
(該当する方に○)

有 ・ 無

◆対象となる被扶養者

必ずどちらかを記入してください

(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	
				住居について	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
㍻ ㍻ 健保 ズ ㍻ 二郎	長男	H7.4.2	H20.4.1	☒ 同居 ☐ 別居	円		令和 5 年 4 月 1 日	理由 就職
㍻ ㍻ 健保 ハ㍻ 花子	長女	H8.4.3	H20.4.1	☐ 同居 ☒ 別居	60,000円	大学生	令和 年 月 日	理由
				☐ 同居 ☐ 別居	円		令和 年 月 日	理由
				☐ 同居 ☐ 別居	円		令和 年 月 日	理由
				☐ 同居 ☐ 別居	円		令和 年 月 日	理由

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	〒 ー 東京都千代田区1ー0ー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。
裏面の《必要な添付書類》をご確認ください。保険証を添付
事業所所在地・名称、事業主氏名を

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。