

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。

◆被保険者

記号一番号	5555 - 123	氏 名	健保 太郎
-------	------------	-----	-------

※健保記入欄		
1次確認	2次確認	担当者

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
健保 ズの 二郎	長男	H7.4.2	H20.4.1	円		令和 5 年 4 月 1 日	理由 就職
健保 ハナ 花子	長女	H8.4.3	H20.4.1	60,000円	大学生	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

※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	富士見 一郎

※扶養削除する場合、ご記載ください。

扶養を継続している場合

所得証明書を添付

R5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