

記入例

赤(太)枠内を黒字でご記入ください。

健康保険被扶養者確認調書

令和3年8月2日

10頁 (UM75AAE1-01) (N1)

事業所 37  
株式会社 サニーピア

氏名 健保 太郎 様  
記号 番号

印字内容をご確認いただき、変更・訂正がある場合は＝二重線で抹消し赤字で記入してください。

被保険者欄	事業所	37 株式会社 サニーピア		
	記号	37	フリガナ氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎
	番号	12345		
	性別	男	生年月日	昭和40年 4月 1日
	資格取得年月日	平成 5年 4月 1日	標準報酬月額	03-09 360
	住所	〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅Tel 078-000-0000 携帯Tel		

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

フリガナ氏名	性別	認定年月日 生年月日	年齢	続柄	税法上の扶養家族で	職業 学校・学年	年金受給者で	年間収入	同居別居の区別	備考	健保使用欄
ケンボ ハナコ 健保 花子	女	平成20年 6月 1日 昭和44年 3月 1日	51	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	パート	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	90万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
住所 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅Tel 078-000-0000 携帯Tel											
ケンボ ハナエ 健保 花江	女	平成 5年 4月 1日 昭和24年 4月 1日	71	母	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	老齢年金 80万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
住所 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅Tel 078-000-0000 携帯Tel											
ケンボ ジロウ 健保 次郎	男	平成 5年 4月 1日 平成12年 5月 1日	20	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	〇〇大学2回生	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	0円	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別		
住所 <del>〒101-8001 東京都千代田区〇〇2-〇〇-〇〇</del> <del>ハイツ201号室</del> 〒650-0024 兵庫県神戸市中央区〇〇 1-1 自宅Tel 携帯Tel 090-0000-0000											

- 注意
- 必要な添付書類については、当組合HPの「お知らせ」に掲載の『被扶養者確認調書による被扶養者資格の再確認と提出について（お願い）』をご覧ください。
  - 氏名、生年月日、続柄等の記載内容に訂正の必要がある場合は誤りを＝線で抹消し訂正内容を赤で記入して、別途訂正届に被保険者証を添えて提出してください。
  - 就職、結婚、死亡等により被扶養者を抹消する場合は、該当者を＝線で抹消し、別途被扶養者届（抹消）に被保険者証を添えて提出してください。
  - 被扶養者が別居の場合は、「別」を○で囲んで住所欄を＝線で抹消し、赤で別居先の郵便番号・住所・自宅（携帯）電話番号を余白に記入してください。
  - 令和2年から令和3年中に勤めていた被扶養者の方で、現在退職している場合は、備考欄に「入社日・退職日・雇用保険の加入の有無」を記入してください。
  - 被保険者で離婚、死別等により配偶者のいない方は、右記（ ）に○を記入してください。 配偶者なし （ ）
  - 今回、確認対象外の方は、年間収入欄に「\*\*\*\*\*」が表示されています。（令和3年4月1日において15歳未満の被扶養者）
  - 被保険者証と氏名の記載が異なる方（カタカナ表示）、認定日が昭和57年2月1日と表示されている方は、システム上この記載となりますのでご了承ください。
  - 提出期限までにこの書類を提出されない場合、検認又は更新を受けないとされ、その方の被保険者証は無効となります。（提出期限：令和3年9月30日必着）

サニーピア健康保険組合

〒650-0024  
神戸市中央区海岸通3丁目1番1号

Tel 078-321-1241  
NO: 0000001#