

記入例

事業所 1  
 所属 ○○○ 株式会社  
 99999  
 ○○○ 事業部  
 Psnl.No. 12345  
 氏名 あずさ 太郎 様

健康保険被扶養者確認調書

事業所 ○○○ 株式会社  
 被保険者欄  
 記号 1  
 番号 23456  
 氏名 アスサ タロウ  
 あずさ 太郎  
 性別 男  
 生年月日 昭和42年 5月 6日  
 資格取得年月日 平成16年4月1日  
 住所

確認印を押印してください  
 (シャチハタ可)  
 サインの場合はフルネーム  
 記入

あずさ 印

入社日と異なる場合があります。

下記に記載されている被扶養者について確認願います

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 である	職業 学校・学年	年金受給 者である	年間収入	同居別 居の区 別	備考	健保使用欄
アスサ ハナコ あずさ 花子	女	平成16年4月1日 昭和42年9月20日	39	20 妻	有・無	パート	有・無	90万円	同 別	被保険者が単身赴任 による別居の場合、 『単身赴任』と記入し	
アスサ ジロウ あずさ 次郎	男	平成16年4月1日 昭和19年5月15日	73	父	有・無	無職	有・無	80万円	同 別		
アスサ ヨシコ あずさ 良子	女	平成16年4月1日 平成7年6月16日	24	41 長女	有・無	大学3年 アルバイト中	有・無	110万円	同 別		
					有・無		有・無		同 別		

18歳未満で調査対象外の方  
 は印字していません。  
 (追記も不要です。)

※1 該当する箇所に○印をつけてください。  
 ※2 扶養からはずす場合は、備考欄に「削除理由」をご記入ください。  
 例: 収入増加、就職 等

職業、学年などを記  
 入してください。

平成29年1月～12月の  
 年間収入額を記載してく  
 ださい。

あずさ健康保険組合  
 〒151-0051  
 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5  
 代々木イースト3階  
 TEL03-5357-7557