

健康保険被扶養者確認調書

・漢字・フリガナ等、訂正がある場合は、二重線を引き赤で正しいものを記入のうえ保険証を添付

・以下の被扶養者欄に記載されている方を削除する時は、扶養削除年月日、理由を赤で記入のうえ保険証を添付

常務理事	事務長	課長	係

作成日 平成22年9月15日

事業所名

被 保 険 者	記号・番号	氏名	印		性別	生年月日				
	資格取得年月日	標準報酬月額	住所							
被 扶 養 者	被扶養者氏名		生年月日	性別	続柄	同居・別居 の区分	収入の有無 年間収入見込 円	職業(学年) 収入の種類	扶養削除年月日 平成 年 月 日 (理由)	証明書
						同居 別居	有・無 円		平成 年 月 日 (理由)	
						同居 別居	有・無 円		平成 年 月 日 (理由)	
						同居 別居	有・無 円		平成 年 月 日 (理由)	
						同居 別居	有・無 円		平成 年 月 日 (理由)	
						同居 別居	有・無 円		平成 年 月 日 (理由)	
						同居 別居	有・無 円		平成 年 月 日 (理由)	

(1) 被扶養者の再認定は、厚生労働省の通達により実施するものであり、平成22年5月末現在認定されている被扶養者を対象としております。

(2) この調書に記載内容をご確認いただいたのちは、この調書を会社の事務担当者を通じて、健康保険組合までご提出いただくようお願いいたします。

(3) 証明書類の必要な方は、平成4年4月1日以前に生まれた18歳以上の被扶養者。調書の右側証明書類欄に「要」と印字されている方となります。
なお、証明書類を会社の事務担当者を通じてご提出いただくことに不都合が生じる場合は、証明書類を封緘のうえお渡しいただくようお願いいたします。

(4) 再認定対象者のうち証明書類の提出が必要となる方は、裏面をご参照ください。

(5) 今回提出された調書、証明書類については、再認定にのみ使用し、他に転用することはありません。

(6) ご提出された証明書類等については返却いたしかねますのであらかじめご了承ください。健康保険組合が責任を持って保管、破棄いたします。

(7) ご提出された証明書類で判断しかねる場合は、必要に応じて現況等の確認や追加書類を求める場合もありますのでお含みおきください。

(8) この調書および証明書類の提出期限は、健康保険組合までに**平成22年10月29日(金)必着**とさせていただきますので、ご協力をお願いいたします。

なお、期限までに提出されない場合は、健康保険組合において被扶養者の認定を取消させていただきますのでご承知おきください。