

《参 考》

事業所 000
健保商事
氏 名 健保 太郎 様
記号・番号 000 - 1
所 属

《注 意》記載事項に誤り・変更・訂正がある場合は、当該訂正箇所を二重線で抹消し、訂正内容を赤で記入の上、事業所担当者様に申し出てください。

健康保険被扶養者確認調書 平成 27 年 10 月 15 日

被 保 険 者 欄	事業所	000 健保商事		
	記号	000	氏 名	ケンボ タロウ 健保 太郎
	番号	1		
	性別	男	生年月日	昭和37年4月1日
	資格取得年月日	昭和51年4月1日	標準報酬月額	27 - 09 320
住所	〒000-0000 兵庫県神戸市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL 078 - 000 - 1111			

記入例 印

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	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
被 扶 養 者 欄	ケンボ ハナコ 健保 花子	女	昭和 62 年 4 月 1 日	20	有	無	パート	有 ・ 無	105 万円	同 ・ 別	(年間交通費 再掲) 10 万円	
			昭和 44 年 4 月 1 日									
	住所	〒○○○-○○○○ 兵庫県神戸市中央区○○町○丁目○番○号 自宅 078-000-1111 携帯 090-000-1111										
	ケンボ ジロウ 健保 二郎	男	平成 8 年 10 月 1 日	31	有	無	大学一年生	有 ・ 無	無	同 ・ 別		
			平成 8 年 10 月 1 日									
	住所	〒○○○-○○○○ 兵庫県神戸市中央区○○町○丁目○番○号 自宅 078-000-1111 携帯 090-22-1111										
	ケンボ ウメ 健保 梅	女	昭和 53 年 4 月 1 日	12	有	無	無	有 ・ 無	老齢厚生年金 68 万円	同 ・ 別	送金 月○○万円	
			昭和 22 年 4 月 1 日									
	住所	〒○○○-○○○○ 和歌山県和歌山市○○町○丁目○番○号 自宅 携帯 090-000-3333										

該当箇所に〇をつけてください。

年間の通勤交通費を記入して下さい。

職業と年間収入(パート・年金収入等)を記入してください。

この届を平成 28 年 1 月 20 日までに、事業所の健康保険担当者まで提出してください。(任継被保険者は、当組合に直接提出してください。) 被扶養者の職業・学校と学年及び年間収入欄を必ずご記入いただき(収入が無ければ「無」と記入)、年金の有無・同居別居の区分は〇印を記入してください。 注意 1 被保険者・被扶養者欄の住所、自宅電話番号、氏名、生年月日、続柄、フリガナ等の登録内容に変更・訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を二重線で抹消し、訂正内容を赤で記入してください。(現況確認対象者は18歳以上の被扶養者です。) 2 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を二重線で抹消し、備考欄に理由および削除年月日を記入してください。 3 引続き認定を要する被扶養者は、この確認調書に必要事項を記入してください。なお、給与収入のある方は、(1)の書類を添付してください。 (1)給与収入のある方で、税法上の扶養家族でない方(年間収入103万円以上)・・・「平成27年分給与所得の源泉徴収票」の写し等 なお、通勤交通費がある方は、備考欄に年間の交通費を記入してください。 (2)大学及び各種学校の在学学生・・・職業欄に学年を記入してください。 (3)年金(老齢・障害・遺族等)受給者で「有」の方・・・年金の種類と金額を記入してください。(4)別居の方は、送金確認書類を添付してください。 4 雇用保険受給期間延長又は失業給付を受給しない旨の誓約書を提出された方で受給申請をされた方は備考欄に受給中又は受給申請済と記入してください。	兵庫県運輸業健康保険組合 〒650-0025 兵庫県神戸市中央区相生町 4 丁目 6 番 4 号 078-341-4801
---	--