

「健康保険被扶養者確認調書」の記入上の注意事項

- 各欄の出力内容を確認し、下記記入例を参考に記入してください。
- 健康保険組合の被扶養者として認定できる方の収入限度額は、1年間で130万円(60歳以上及び障害年金受給者は180万円)(配偶者以外の19歳以上23歳未満は150万円)未満で被保険者の年間収入の1/2未満となります。
- 氏名、住所、生年月日等が変更となる場合は、調書とは別に各種訂正・変更届を提出してください。

定められた期限までに
必ず提出してください。

事業所 1355

〇〇〇〇〇株式会社

氏名 東貨 健一

様

記号・番号 1355 - 999

所属

健康保険被扶養者確認調書

令和8年10月1日

頁

被 保 険 者 欄	事業所	1355 〇〇〇〇〇株式会社			
	記号	1355	フリガナ	トウカ ケンイチ	
	番号	999	氏名	東貨 健一	
	性別	男	生年月日	昭和36年 1月 1日	
	資格取得年月日	平成22年11月 1日			
	住所	160-0004 東京都新宿区四谷3-2 1			
		自宅電話番号	03-3359-1234	携帯電話番号	*

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	
被 扶 養 者 欄	トウカ ヤコ 東貨 保子	女	平成22.11. 1 昭和40. 7. 11	51	妻	有 無	パート	有 無	90万円	同 別			
		住所	160-0004 東京都新宿区四谷3-2 1 電話番号 03-3359-1234										
	トウカ ケンジ 東貨 健二	男	平成22.11. 1 平成 5.12. 5	22	長男	有 無	〇〇大学3年	有 無	0円	同 別			
		住所	160-0004 東京都新宿区四谷3-2 1 電話番号 03-3359-1234										
		住所											
		住所											
						有		有		同			
		住所											
		住所											
		住所											
		住所											
この健康保険被扶養者確認調書は平成28年6月30日 パート・無職・学校名・学年等を記入してください。 「同居別居の区別」欄は〇を記入してください。 市区町村の発行する収入証明(収入のある方は直近の 学生は学生証の写し等。但し平成28年4月1日以降の (被扶養者の認定基準)被保険者の年金等 30万円(60歳以上及び障害年金受給者は180万円) いては、被扶養者の収入以上、氏名、生年月日、住所等が 養前除の手続きをして下さい。また、氏名、生年月日、住所等 平成28年8月22日(月)です。被保険者氏名欄の捺印は必ず (注意)事実を偽って申告した場合には、遡って被扶養者資格を取消することがあります。この場合、医療費は全額本人負担となります。													

『職業・学校・学年』、『年間収入』欄を記入してください。
※高校生以上は、学校名と学年を記入してください。
(高校生未満は、中学校〇年、小学校〇年、幼稚園、保育園でもかまいません。)
※働いていない方は『無職』、収入が無い方は『0円』と記入してください。

『年金受給者で』及び、『同居別居の区別』欄は、『有・無』『同・別』の
どちらかに〇を記入してください。
※年金受給者でパート収入等がある方は、合計した金額を年間収入欄に記入してください。
※老齢年金を受けられる年齢でなくても、障害年金を受けている場合があるので、必ず『有・無』
のどちらかに〇を記入してください。

健康保険組合
23
電話番号 03-3359-8161