

健康保険被扶養者調書 「記入例」

常務理事	事務長	担当者

保険証 記号・番号	21-11111		扶養控除の申告について選択		年金収入の有無を選択		同居・別居を選		捺印			
事業所 所属	栗田健康保険組合 本部		フリガナ 被保険者氏名	ケンポ 知ウ 健保 太郎		印		被保険者 生年月日	昭和 50 年 9 月 1 日			
住所	〒0000-0000 東京都中野区中野4-10-1		TEL: 00-0000-0000		資格取得日		平成 10 年 4 月 1 日					
認・否	フリガナ 被扶養者氏名	性別	被保険者 との続柄	生年月日	扶養控除の 申告を しているか	職業	年金収入 があるか	被扶養者の収入 (年 額)		同居 別居	被扶養者の住所 (被保険者と違う場合)	備考
認・否	ケンポ ハナコ 健保 花子	女	妻	昭和 60年7月1日	いる・ いない	パート	ある・ ない	1,000,000	250,000	同・別	東京都新宿区〇-〇-〇	就職 平成29年4月1日
認・否				年 月 日	いる・ いない	無職・パート・自営業等を記入	ある・ ない	今後1年間の収入見込額を記入		同・別	被保険者と別居の場合のみ記入	被扶養者を削除する場合は理由及び削除する年月日を赤字で記入。 被扶養者氏名を赤＝重線で抹消。 パートなどの収入のある方で、通勤手当の支給を受けていない方は、「通勤手当なし」と赤字で記入。
認・否				年 月 日	いる・ いない		ある・ ない			同・別		
認・否				年 月 日	いる・ いない		ある・ ない			同・別		
認・否				年 月 日	いる・ いない		ある・ ない			同・別		
認・否				年 月 日	いる・ いない		ある・ ない			同・別		
認・否				年 月 日	いる・ いない		ある・ ない			同・別		
認・否				年 月 日	いる・ いない		ある・ ない			同・別		

注意 1. 健康保険被扶養者調書の内容を確認してください。誤りなどありましたら赤＝線で訂正並びに追加してください。
 2. 必要事項を記入し、必要な書類を添付してください。(※「記入例」、「健康保険被扶養者調書」に添付する証明書類をご参照ください。)
 3. 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を赤＝線で抹消し、備考欄に理由及び削除する年月日を赤で記入してください。

平成 年 月 日提出
 ↑
 提出年月日を記入