

健康保険被扶養者確認届 (要収入確認者)

太枠内をご記入のうえ、添付書類をホチキス留めして事務担当者の方へご提出ください。

◆被保険者

記号一番号	5555 - 123	氏 名	健保 太郎
-------	------------	-----	-------

記入例

※健保記入欄		
1次確認	2次確認	担当者

◆対象となる被扶養者

(フリガナ) 被扶養者氏名	続柄	生年月日	認定日	継続して扶養している場合に記入		すでに扶養からはずれている場合に記入	
				月平均収入額	職業	扶養をはずれた日	扶養をはずれた理由
ケホ 二郎 健保	長男	H7.4.2	H20.4.1	円		令和 7 年 4 月 1 日	理由 就職
ケホ ハナ 健保	長女	H8.4.3	H20.4.1	60,000円	大学生	令和 年 月 日	理由
				円		令和 年 月 日	理由
				円		令和 年 月 日	理由
				円		令和 年 月 日	理由

裏面をご確認のうえ、どちらかあてはまる方にご記入ください

扶養を継続している場合

扶養からはずれている場合

事業所所在地	〒000 - 0000 東京都千代田区1-0-0
事業所名称	(株)健保
事業主氏名	富士見 一郎

所得証明書を添付

令和7年度
所得証明書
市区町村発行のもの
「課税証明書」
「非課税証明書」でも可

保険証又は資格確認書を添付

削除者の保険証
又は資格確認書
事業所所在地・名称、事業
主氏名をご記載のうえ、一
緒に提出ください。

※マイナ保険証を利用されている方は添付不要です。

削除者がいない場合は、
記入不要

受付日付印

※扶養削除する場合のみ、ご記載ください。