

平成 22 年 月 日

## 健康保険被扶養者資格再確認調査票

この度、全国健康保険協会より、健康保険の被扶養者となっているご家族の方が現在も健康保険の被扶養者に該当するかを再確認する旨の依頼がありました。

つきましては、下記の健康保険被扶養者の状況を記入のうえ、平成 22 年 月 日( )までに回答していただきますようお願いいたします。

なお、健康保険の被扶養者の範囲などを裏面に記載していますのでご確認ください。

被保険者証 番号		被保険者氏名	
-------------	--	--------	--

被扶養者 番号	被扶養者氏名	被扶養者の状況
		現在も健康保険の被扶養者に該当する 被扶養者から解除 (理由:就職・他の被扶養者となった・収入超過( 円)・その他( )) 解除の場合はその年月日を記入してください。平成 年 月 日
		現在も健康保険の被扶養者に該当する 被扶養者から解除 (理由:就職・他の被扶養者となった・収入超過( 円)・その他( )) 解除の場合はその年月日を記入してください。平成 年 月 日
		現在も健康保険の被扶養者に該当する 被扶養者から解除 (理由:就職・他の被扶養者となった・収入超過( 円)・その他( )) 解除の場合はその年月日を記入してください。平成 年 月 日

「被扶養者の状況」欄の  (チェック) を入れ、解除の場合はその理由及び解除となった年月日を記入してください。(収入超過の場合は、収入額も記入)

税法上の控除対象配偶者または扶養親族の場合は、事業主において確認済のため、上記被扶養者には含まれていません。

なお、税法上の扶養親族等となっても、健康保険の被扶養者の範囲から外れている場合には、その家族の氏名及び被扶養者の状況をご記入ください。

被扶養者から解除される方がいる場合は、別途「被扶養者調書兼異動届」の提出が必要になります。

