

被扶養者状況リストの記入（確認）方法

被扶養者状況リストの記入方法

税法上の扶養親族である場合
「税」に (チェック)

税法上の扶養親族でない場合
被保険者へ被扶養者の状況を確認
確認後「被」に (チェック)

解除となる被扶養者がいる場合

「異動届添付」に (チェック)

同封の「被扶養者調書兼異動届」を記入
* 削除該当者の被保険者証を添付

提出方法

ア 解除される被扶養者がいない場合
被扶養者状況リストのみ提出

イ 解除される被扶養者がいる場合
被扶養者状況リスト
被扶養者調書兼異動届
解除者の被保険者証 } を提出

〒000-0000
〇〇県〇〇市〇〇町
〇-〇〇-〇〇
〇〇株式会社 事業主様

協会けんぽ各支部の
名称・所在地・連絡先

確認方法等については、同封のリーフレットをご覧ください。
□枠に〇を記入し、「提出用」を返信用封筒にて提出してください。（「事業主控」はお手元に保管してください）

健康保険被扶養者状況リスト

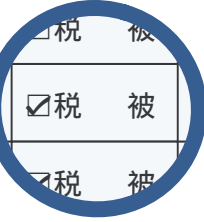
健康保険番号	被扶養者番号	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	正扶養者の届出状況	正扶養者の異動届添付	備考
1	1	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	
1	2	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	
1	3	〇〇 ××	〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	対象外
2	2	〇〇〇 〇	〇〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	
2	3	〇〇〇 〇	〇〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	
2	4	〇〇〇 〇	〇〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	
3	1	〇〇 〇〇	〇〇 〇〇 〇〇	〇〇	<input type="checkbox"/> 税 <input type="checkbox"/> 被	<input type="checkbox"/> 異動届添付	

平成22年 月 日提出

上記の該当被扶養者について、現在も健康保険の被扶養者であることを確認したので提出します。
なお、解除となる被扶養者については、被扶養者調書兼異動届を提出（添付）します。（解除となる被扶養者がいる場合）

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

全国健康保険協会提出用



備考欄に「対象外」の表示がある被扶養者は、今回の再確認は不要です。

リストは提出用・事業主控えの2枚1組です。事業所の名称等の記入及び事業主の押印をお願いします。（事業主が自署した場合は押印を省略できます。）
また、リストが複数枚ある場合は、2枚目以降の記入、押印は省略して差し支えありません。
「事業主控」は送付せずお手元に保管してください。

1枚に被扶養者25名まで表示されています。
保険証番号、被扶養者番号順に並んでいます。

注: この被扶養者状況リストの様式はイメージです。実際に送付する様式とはレイアウト等一部相違します。