

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確認する旨の依頼がありました。つきましては、以下に健康保険被扶養者の現状を記入のうえ、令和2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は、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	
---------	--	--------	--

被扶養者氏名	続柄	被 扶 養 者 の 状 況
		<input type="checkbox"/> 現在も健康保険の被扶養者に該当する。⇒ <input type="checkbox"/> 被保険者と別居している <input type="checkbox"/> 被扶養者から解除となる。→ 解除年月日: _____年 ____月 ____日 解除理由: <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 海外に在住している(住民票が日本国内にない)
		<input type="checkbox"/> 現在も健康保険の被扶養者に該当する。⇒ <input type="checkbox"/> 被保険者と別居している <input type="checkbox"/> 被扶養者から解除となる。→ 解除年月日: _____年 ____月 ____日 解除理由: <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 海外に在住している(住民票が日本国内にない)
		<input type="checkbox"/> 現在も健康保険の被扶養者に該当する。⇒ <input type="checkbox"/> 被保険者と別居している <input type="checkbox"/> 被扶養者から解除となる。→ 解除年月日: _____年 ____月 ____日 解除理由: <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 海外に在住している(住民票が日本国内にない)

※「被扶養者の状況」の該当する箇所に☑(チェック)を入れてください。

※現在も被扶養者に該当する方で、被保険者と別居している場合、海外在住(国内に住民票がない)の場合、別途「被扶養者現況申立書」の提出が必要です。また、併せて下記書類を添付してください。
 〈別居している場合〉⇒ 仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類 〈海外在住の場合〉⇒ 海外特例要件に該当していることが確認できる書類

※被扶養者から解除となる方がいる場合は、別途「被扶養者調書兼異動届」の提出が必要です。