

健康保険被扶養者確認調書 令和 年 月 日 < UM75AAEF-01 > (WJ)

事業所

氏 名

記号・番号

被 保 険 者 欄	事業所							
	記号		フリガナ 氏 名					
	番号							
	性別		生年月日					
	資格取得年月日		年 月 日	標準報酬月額				
	住所							

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	年齢	続柄	税法上の 扶養親族で	職業 学校・学年	年金受 給者で	年間収入	同居別居 の区別	備考	健保使用欄
被 扶 養 者 欄			年 月 日			有・ 無		有・ 無		同・ 別		
			年 月 日			有・ 無		有・ 無		同・ 別		
			年 月 日			有・ 無		有・ 無		同・ 別		
			年 月 日			有・ 無		有・ 無		同・ 別		
			年 月 日			有・ 無		有・ 無		同・ 別		

注 意

1. 氏名、生年月日、続柄等の登録内容に訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を＝線で抹消し、訂正内容を赤で記入してください。
2. 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を＝線で抹消し、備考欄に理由及び削除する年月日を記入してください。
3. 前年の収入（給与収入・年金収入等）が130万円（19～22歳の方（被保険者の配偶者を除く）は150万円、60歳以上又は障害者の方は180万円）以上の被扶養者の方は、下記の書類を提出してください。
a. 提出時点で働いている方は、「直近3か月分の給与明細書」の写
b. 令和6年中は働いていたが、提出時点で無職の方は「退職日の分かるもの」の写
4. 被保険者と別居している被扶養者の方は、被保険者との生計維持関係が確認できる書類として、被保険者からその被扶養者への直近3か月分の送金額が明確に分かる「振込明細書」又は「現金書留（控）」の写を提出してください。（手渡しは不可です。）
※被保険者が単身赴任による別居の場合、送金額が明確に分かる書類は不要です。この場合、備考欄か余白に「被保険者単身赴任中」と記入してください。
※被扶養者が大学又は各種専門学校在学（大学院生は除く）による別居の場合、送金額が明確に分かる書類は不要ですが、「学生証」の写を添付してください。

測量地質健康保険組合

〒171-0021
東京都豊島区西池袋3-30-5

TEL03-3987-3151