

健康保険被扶養者認定事前確認調書

被保険者証号・番号	—	事業所名					
被保険者氏名	印	性別		被保険者 生年月日	大・昭・平 年 月 日	住所	〒

フ 被 生	リ 扶 年	ガ 養 月	者 者 日	被 保 続	保 険 の 柄	同 別	居 居	年 金 有 無	被 扶 養 者 の 年 間 収 入 額	田 有 ・ 畑 無	田 ・ 畑 が 有 り の 場 合 は 面 積	被 扶 養 者 が 現 在 加 入 し て い る 健 康 保 険
			男・女			同居	有・無	年金 (円)		有・無		①健康保険 ②国民健康保険 ③その他の保険 ④加入していない
明昭		年	月	日		別居	有・無	その他 (円)		有・無		
大平												
			男・女			同居	有・無	年金 (円)		有・無		①健康保険 ②国民健康保険 ③その他の保険 ④加入していない
明昭		年	月	日		別居	有・無	その他 (円)		有・無		
大平												
			男・女			同居	有・無	年金 (円)		有・無		①健康保険 ②国民健康保険 ③その他の保険 ④加入していない
明昭		年	月	日		別居	有・無	その他 (円)		有・無		
大平												
扶養に至った理由												

※1 申請被扶養者に収入がある場合は年間収入のわかる書類を添付してください。(年金通知書、勤務状態証明書等の写し)

※2 同一世帯の生計状況から総合的に考えるため、申請被扶養者以外の方(後期高齢者医療制度の加入者等)の収入も確認させていただく場合があります。