

記入例

※必ず○の欄すべてご記入ください。

事業所 102  
株式会社 ○×△□  
配布先 002 ホンヤ・ヨコハマジキョウシヨ  
所属 543210  
○×△□部 ×△□課  
記号番号 102-12345  
氏名 健保 太郎  
#004645 (1/1)

健康保険被扶養者確認調査

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

作成日 令和 7年 1月 6日

|                       |         |   |      |             |
|-----------------------|---------|---|------|-------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 事業所     | 株式会社 ○×△□                               |      |             |
|                       | 記号      | 102                                     | 氏名   | 健保 太郎       |
|                       | 番号      | 12345                                   |      |             |
|                       | 性別      | 男                                       | 生年月日 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 |
|                       | 資格取得年月日 | 平成23年10月01日                             |      |             |
|                       | 住民票住所   | 〒101-1000<br>〇〇県〇〇市〇〇1234番地5△△マンションXX号室 |      |             |

| 氏名                    | 性別        | 認定年月日                                    | 年齢 | 続柄                         | 職業    | 年間収入  | 同居別居の区別 | 備考   |                              |
|-----------------------|-----------|--|----|----------------------------|-------|-------|---------|------|------------------------------|
|                       |           | 生年月日                                     |    |                            | 学校・学年 |       |         |      | (被保険者と住民票の住所が異なる場合は住所を記入)    |
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | ケ<br>健    | ※配偶者・実子は<br>今回の調査対象ではないので、<br>印字されていません。 |    |                            | 妻     | なし    | なし      | 同    | A                            |
|                       | ケ<br>健    |  |    |                            | 子     | アルバイト | 120万    | 同    | B                            |
|                       | ケ<br>健    |  |    |                            | 子     | 大学3年  | 60万     | 同    | B 〇〇県〇〇市〇〇3丁目1-2<br>第一コーポ102 |
|                       | ケンポ<br>健保 | クマタロウ<br>熊太郎                             | 男  | 平成23年10月01日<br>昭和XX年05月15日 | 72    | 父     | なし      | 150万 | 同                            |
|                       |           |  |    |                            |       |       | 同・別     |      |                              |

印字されている被扶養者については、添付書類の提出が必要です。

※被扶養者欄に印字されている方に対して添付書類の提出が必要です。  
(扶養削除する方を除く)。  
添付書類等については、同封の案内文P3.P4や、当健保ホームページの「お知らせ」内に添付書類の具体的な例を掲載していますので、ご参照ください。

JVCケンウッド健康保険組合  
〒221-0022  
神奈川県横浜市神奈川区  
守屋町三丁目12番地  
TEL 045-450-1850

この調査と添付書類を提出いただけない場合は、被扶養者の資格がなくなりますのでご注意ください。