

# 令和元年度 健康保険被扶養者調査書

被保険者

管理番号1111

事業所名 ○○○○○○○○○○○○○○○○

大塚製薬健康保険組合

所属名 △△△△△△△△△△△△△△△△△△

1111-55555  
99-9999

フリガナ ○○ ○○○

氏名 ○○ ○○○

様

社員番号 99999

提出日: R元年 月 日

## 1. 被保険者の連絡先・確認印(下記のご記入箇所に相違が無いことをお確かめの上、ご記入ください)

日中連絡が取れる電話番号	( ) -	被保険者確認
メールアドレス	@	(印)
備考		

## 2. 被扶養者(調査対象被扶養者)

①	被保険者氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	認定日
	ケンポ ハナコ 健保 花子	H10.5.5	21	女	子	H30.7.1
	同居(単身赴任含む)または別居	同居・別居	年金受給の有無		有・無	
	別居の場合、仕送り額	月額 円	H30年分年収		円	
	現在の状況	働いている・働いていない	職業			
	備考					

②	被保険者氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	認定日
	***** *****	*****	**	**	**	*****
	同居(単身赴任含む)または別居	同居・別居	年金受給の有無		有・無	
	別居の場合、仕送り額	月額 円	H30年分年収		円	
	現在の状況	働いている・働いていない	職業			
	備考					

③	被保険者氏名	生年月日	年齢	性別	続柄	認定日
	***** *****	*****	**	**	**	*****
	同居(単身赴任含む)または別居	同居・別居	年金受給の有無		有・無	
	別居の場合、仕送り額	月額 円	H30年分年収		円	
	現在の状況	働いている・働いていない	職業			
	備考					

## 3. 上記の被扶養者(調査対象被扶養者)欄にお子様の名前が記載されている場合、次をご回答ください。

① 被保険者(本人)に配偶者はいますか	はい・いいえ
② 『はい』の場合、被保険者(本人)並びに配偶者のH30年分年収をそれぞれご記載ください。	被保険者(本人) 配偶者
	万円 万円

## 4. 所定の証明書類を添付して、ご提出ください。

提出期限：令和元年9月30日(月)