

令和元年度 健康保険被扶養者調査書


管理番号1111

大塚製薬健康保険組合

1111-55555

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	@	
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)	万円
配偶者	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)