

健康保険被扶養者 確認書

平成 年 月 日提出

①保険証の記号・番号	記号	番号	フリガナ				③印				
			②氏名								
④被保険者資格取得日	昭和・平成	年	月	日	⑤生年月日	昭和・平成	年	月	日生	⑥性別	男・女
⑦被保険者の自宅住所	〒										
	電話（自宅）：						（携帯）：				
⑧ 事業所名（会社名）											
⑧ 勤務箇所名											
被扶養者	フリガナ	⑩区分	⑪生年月日			⑰同別居					
	⑨氏名		⑫続柄	⑬性別	⑭職業						
			昭和・平成	年	月	日	同・別				
				男・女							
			昭和・平成	年	月	日	同・別				
				男・女							
		昭和・平成	年	月	日	同・別					
			男・女								

- 【注】 1. 被扶養者となっている方の氏名、生年月日を「被扶養者欄」に記入してください。
 2. 別紙1<<添付書類一覧>>を参照して、必要書類を添付してください。
 3. 当確認書は、直接健保組合に提出してください。

受付日付印