

事業所：

所属：

要返却 キタムラ健康保険組合あて

令和 年 月 日( )必着厳守

※『被扶養者の資格調査(検認)を実施します』  
をご覧の上、必要な書類を添付してください

様

注意

【！】虚偽の申請による罰則(健康保険法第58条1項)

被保険者が扶養の実態がない家族を虚偽の申請により認定を受けたことが判明した場合は、  
被扶養者の資格はさかのぼって取り消され、被扶養者資格の削除日以降に発生した医療費の  
全額及びその他給付金を過去にさかのぼって返還しなくてはなりません。

確認済印	保険証	台帳

健康保険被扶養者調査票

社員番号： \*\*\*\*\*

※18歳未満の子供は、調査対象外のため表示していません(追記は不要です)

令和 年 月 日現在

保険証	記号	番号											
	フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		
所属	事業所名		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		
住所	〒		(TEL		携帯		)		資格取得日		昭和・平成・令和		
確認欄	フリガナ	性別	生年月日	続柄	扶養控除の申告をしているか	職業等	収入があるか	被扶養者の収入(月額)		被扶養者でなくなった日	異動の理由	同居別居	被扶養者の住所(被保険者と違う場合)
	被扶養者氏名							年金	その他				
認・否			昭・平・令 / /		い ・ ない		あ ・ ない					同・別	〒 TEL
認・否			昭・平・令 / /		い ・ ない		あ ・ ない					同・別	〒 TEL
認・否			昭・平・令 / /		い ・ ない		あ ・ ない					同・別	〒 TEL
認・否			昭・平・令 / /		い ・ ない		あ ・ ない					同・別	〒 TEL
認・否			昭・平・令 / /		い ・ ない		あ ・ ない					同・別	〒 TEL
認・否			昭・平・令 / /		い ・ ない		あ ・ ない					同・別	〒 TEL
備考													

- ① 太枠の欄はもれなく記入してください  
② 【職業等】は、無職の場合、「家事」・「高1」・「大1」など具体的に記入してください  
③ 印字している内容に誤りがある場合は、赤字で訂正してください  
④ 記入漏れや、添付書類に不備がないか確認のうえ、必ず期日までに提出してください

※【扶養控除の申告をしているか】が未記入や疑義がある場合は、給与担当に確認しますのでご了承ください