

【健康保険被扶養者確認調書の記入要領および添付書類一覧について】

※健康保険被扶養者確認調書には、検認対象者となる18歳以上の被扶養者のみ印字しています。

■ 記入要領

確認および記入箇所	被保険者	被扶養者
フリガナ 氏名、生年月日、続柄等(*1)	住民票に記載の漢字氏名を記入してください。 記載内容に訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を＝線で抹消し、訂正内容を <u>赤で記入</u> してください。	
被扶養者を削除する場合(*2)	氏名を＝線で抹消し、備考欄に理由および削除する年月日を <u>赤で記入</u> してください（就職等の場合はその日）。 また、これ以外の理由（離婚および死亡等）においても、その事実と事実発生日を記入してください。	
住所	住民票に記載の住所を記入してください。 記載内容に訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を＝線で抹消し、訂正内容を <u>赤で記入</u> してください。	
印	「印」に押印 してください。	
税法上の扶養家族で 有・無		有・無 どちらかに○を付けてください。
職業 / 学校・学年		例：パートまたはアルバイト、自営業、農業、主婦、無職 / 大学○年生など
年金受給者で 有・無		有・無 どちらかに○を付けてください。
年間収入		平成30年1月～12月の年間収入額（万単位）を記入してください。 給与・年金収入（遺族年金・恩給含む）等、全ての収入額とし、無収入の場合は「0円」と記入 してください。
同居 / 別居の区別		同居・別居 どちらかに○を付けてください。 [<u>単身赴任者の場合：同居に○</u>]

(*1) (*2) 別途、「氏名変更（訂正）届」や「健康保険被扶養者（異動）届」等による届出が必要となりますので、NBS 人事業務部に申し出てください。
日硝ファイバー、垂井事業所の方は、事業所人事(健保)担当者に申し出てください。

（裏面あり）