

記入見本

健康保険被扶養者確認調書 令和 8 年 7 月 27 日 ZZZZZZ9 頁 <UM75AAEF-XX> (XX)

〒XXXX-XXXX XXXXXXXX市XX町〇〇-△△	
健康 太郎 様	
XX-XXXX	

事業	XXXXX OOOO株式会社	
記号	XXXX	フリガナ 健康 太郎
番号	XXXXXXXX	
性	X	生年月日 昭和XX年XX月XX日
資格取得年月日	令和XX年XX月XX日	標準報酬月額 06-09 XXX
住	〒XXXX-XXXX XXXX県XX市XX町〇〇-△△ 単身赴任 自宅№ XXXXXXXXXXXXXXXXXX 携帯№ XXXXXXXXXXXXXXXXXX	

・単身赴任の場合は必ず記入
・住所・電話番号の確認、
訂正、追記

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

	フリガナ氏名	性別	認定生年月日	年齢	続柄	税上の扶養親族で	職業・学校	学年	年金給付	年間収入	同居別の区	備考	健康使用欄
被扶養者	ケンボ ハナコ 健康 花子	女	令和XX年XX月XX日 住所 昭和XX年XX月XX日 〒XXXX-XXXX XX都XX区XX町〇〇-△△	XXX	母	有	無職		有	120万円	別	令和7年10月31日退職	
	ケンボ ナツオ 健康 夏男	男	令和XX年XX月XX日 住所 平成XX年XX月XX日 〒XXXX-XXXX XX都XX区XX町〇〇-△△	XXX	長男	有	無	大学院2年生	有	80万円	別		
	ケンボ アキヨ 健康 秋代	女	令和XX年XX月XX日 住所 平成XX年XX月XX日 〒XXXX-XXXX XX都XX区XX町〇〇-△△	XXX	長女	有	無	大学1年生	有	0	別		

・記載の被扶養者すべてについて確認、訂正、追記
・各項目の有・無・同・別は、該当する方に必ず〇
・職業・学年・年間収入欄は必ず記入(空欄にしない)
・連絡事項があれば備考欄や余白に記入。
メモや付せんの添付も可

注意	1. 氏名、生年月日、続柄等の登録内容に訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を二重線で抹消し、訂正内容を「赤」でご記入ください。 2. 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を二重線で抹消し、備考欄に理由(必須)および削除する年月日をご記入ください。 また、別途、「健康保険 被扶養者異動届(削除)」の提出が必要になります。 3. 23歳以上の被扶養者がいる方は、この届と下記の書類をご提出ください。 a. 大学および各種学校の在学学生・・・学生証の写し b. a以外の方・・・令和8年度(令和7年分)非課税証明書又は課税証明書(対象者が義父、義母の場合は住民票が必要です)。 c. 年金受給者で「有」の方・・・bの書類および「年金額改定通知書」又は「年金支払通知書」の写し。 4. 詳細は「2026年度(令和8年度)被扶養者の資格確認調査(検認)」についてをご覧ください。 お問合わせ先 光ビジネスフォーラム株式会社 (平日10:00~16:00土日祝休) 電話 042-635-3750 「プロテリアル健康保険組合の検認の件」とお伝えください。
	プロテリアル健康保険組合 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5丁目-21-14 バリュエーHRビル Tel 03-5990-2182 NO:99999999#

健康保険被扶養者確認調書 令和 8 年 7 月 27 日

--	--

事業所	
被保者欄	氏名
記号	生年月日
番号	年月日
性別	標準報酬月額
資格取得年月日	
住所	

氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	税法上の扶養家族で	職業・学校	年金受給者で	年間収入	同居別居の区別	備考	健保使用欄
被扶養者欄		年月日			有無		有無		同別		
	住所	〒							同別		
		年月日			有無		有無		同別		
		年月日							同別		
	住所	〒							同別		
		年月日			有無		有無		同別		

注意	1. 氏名、生年月日、続柄等の登録内容に訂正の必要がある場合は、当該訂正箇所を二重線で抹消し、訂正内容を「赤」でご記入ください。 2. 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を二重線で抹消し、備考欄に理由（必須）および削除する年月日をご記入ください。 また、別途、「健康保険 被扶養者異動届（削除）」の提出が必要になります。 3. 23歳以上の被扶養者がいる方は、この届と下記の書類をご提出ください。 a. 大学および各種学校の在学学生・・・学生証の写し b. a以外の方・・・令和8年度（令和7年分）非課税証明書又は課税証明書（対象者が義父、義母の場合は住民票が必要です）。 c. 年金受給者で「有」の方・・・bの書類および「年金額改定通知書」又は「年金支払通知書」の写し。 4. 詳細は「2026年度（令和8年度）被扶養者の資格確認調査（検証）について」をご覧ください。 お問い合わせ先 光ビジネスフオーラム株式会社（平日10:00～16:00土日祝休） 電話 042-635-3750 「プロテリアル健康保険組合の検証の件」とお伝えください。
	プロテリアル健康保険組合 〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5丁目21-14 バリュエーH Rビル Tel03-5990-2182 NO:0000001#