

健康保険被扶養者調査書(全日制学校以外の方)

[調査申告日:令和 年 月 日]

[健康保険組合受理日:令和 年 月 日]

被 保 険 者	記号・番号	—	氏 名		生年月日	年 月 日 歳
	事業所名		部 署 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女

調 査 対 象 者	氏 名	続 柄	生年月日	年 齢	性 別	居住形態
				年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
あてはまるものにチェックし、必要事項を記入してください。						
	<input type="checkbox"/> ①通信制の学校	学校名/学年				年
	<input type="checkbox"/> ②定時制の学校	学校名/学年				年
	<input type="checkbox"/> ③大学院	学校名/学年				年
	<input type="checkbox"/> ④パート・バイト等収入あり	収 入 / 月	(円)	
	<input type="checkbox"/> ⑤障害年金あり	年 金 額 / 月	(円)	
	<input type="checkbox"/> ⑥その他 ()					

三重交通健康保険組合 理事長 殿

記載の内容に、虚偽の報告はありません。また、記載時より内容に変更があった場合は、速やかに組合に届けます。

私が主として生計を維持する実態がなくなった場合には、速やかにその旨を組合へ届け、被扶養者の資格喪失の手続きをします。

尚、万一私が行った手続きを行わず、組合がその事実を確認した場合は、組合の権限で当該被扶養者の資格を喪失されても、異存はありません。

また、届け出を怠ったために発生した保険給付に関しては遡って弁済することを誓約します。

被 保 険 者 名