

【健康保険証コピー添付欄】

ご本人確認のため、被保険者(ご本人様)の健康保険証のコピーを枠内にセロテープ等で剥がれないよう添付してご提出ください。

提出期限 2023年10月2日(月)

健康保険扶養状況調査票(共同扶養の確認について)

子供を夫婦が共同して扶養している場合は、主として生計を維持する方の被扶養者となるため共同扶養の審査が必要となります。共同扶養の審査では配偶者(夫・妻)の健康保険加入状況と、被保険者、配偶者両者の収入を確認します。被保険者の収入については事業主より連携いただいた情報にて確認いたしますので、配偶者様分のみ以下の状況に応じた提出書類をご返送ください。

被保険者の記号・番号・氏名・電話番号・メールアドレスと配偶者氏名を記入してください

被保険者 記号・番号	—	配偶者氏名 (夫・妻)	
被保険者氏名			

※被保険者様の連絡のつく電話番号・メールアドレスをご記入下さい

電話番号 () - () - () E-Mail @

配偶者(夫・妻)の健康保険加入状況等を
以下から選択し☑してください

- 配偶者なし
※未婚、離婚、死別等の理由で配偶者がいない場合
- 当健康保険組合の被扶養者
※2023年7月以降に当健保の被扶養者になった場合
- 当健康保険組合の被保険者
※配偶者(夫・妻)の保険証の記号・番号
()
- 配偶者が育休取得中、もしくは取得予定

- 配偶者が被用者保険の被保険者の場合
(被用者保険=雇用契約に基づき勤務先の健康保険に加入している場合)

- 配偶者が国民健康保険の被保険者の場合

提出書類

A 当調査票のみ

※記入事項に記入済みのもの

① 配偶者の令和4年分の源泉徴収票<コピー>

② 配偶者の給与見込み(賞与額含む)証明書

2023年9月~2024年8月(12か月間)

→所定フォーマットを同封しておりますので
ご使用ください。

③ 当調査票

※記入事項に記入済みのもの

① 配偶者の令和4年分の
確定申告書一式<コピー>

(第一表、第二表、収支内訳書を含む申告時の
提出書類全て必要)

※確定申告を行っておらず添付できない
場合は令和5年度の所得証明書

② 当調査票

※記入事項に記入済みのもの

【ご注意】調査票の提出書類②に該当する方のみご使用ください（①③に該当する方は提出不要です。）

給与見込み（賞与額含む）証明書

【被保険者 記号・番号】 _____

【配偶者氏名】 _____

【雇用開始年月日】 _____ 年 月 日

給与支払（見込）額 ※税控除前の総支給額をご記入ください。

支払（予定）年月	給与支払額	賞与等の額	総支払額
2023年 9月	円	円	円
2023年 10月	円	円	円
2023年 11月	円	円	円
2023年 12月	円	円	円
2024年 1月	円	円	円
2024年 2月	円	円	円
2024年 3月	円	円	円
2024年 4月	円	円	円
2024年 5月	円	円	円
2024年 6月	円	円	円
2024年 7月	円	円	円
2024年 8月	円	円	円
合計	円	円	円

※ _____ 年 月 ~ _____ 年 月分までは支払実績

※ _____ 年 月 ~ _____ 年 月分までは支払見込

上記のとおり証明します。

_____ 年 月 日

住所
会社名
電話番号