

記入例

健康保険被扶養者現況届 平成 年 月 日 1頁 <UM75AAEH-01> (R3-01)

氏名 大薬 太郎 様
記号・番号 1-99

被 保 険 者 欄	事業所			
	記号	1	氏名	大薬 太郎
	番号	99	性別	男
	資格取得年月日	年 月 日	生年月日	昭和40年2月6日
	住所	540-0037 大阪市中央区内平野町3-2-5		

氏名、生年月日等登録内容に訂正がある場合は=線で訂正し、訂正届をご提出ください。

続柄は詳しく、子であれば「長男」「長女」とご記入ください。

今年12月31日現在の年齢が16歳以上の被扶養者において、年間収入が103万以下であるかでご記入ください。16歳未満の被扶養者は記入不要です。

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

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・学年	年金受給者で	年間収入	同居別居の区別	備考	健保使用欄
大薬 花子	女	昭和42年7月7日	51		有		有		同別		
大薬 裕一	男	平成8年5月5日	22		有				同別		
		年 月 日							同別		

・上記被扶養者欄に配偶者の記載がない場合は、下記もご記入ください。
1. 配偶者がいる（年間収入 約 万円）
2. 配偶者がいない
・届の記入方法につきましては裏面をご参照ください。

該当される方は、必ずご記入ください。

必ずご記入ください。
(例)「無職」「パート」等
学生の方は学年をご記入ください。

被保険者の捺印は不要です。

標準報酬月額欄の記入は不要です。

住所に変更、誤りがある場合は=線で訂正し、住所変更届をご提出ください。
被扶養者も同様に変更の場合は=線で訂正し、「同上」とご記入ください。

別居の場合はその理由を備考欄にご記入ください。
(例)「単身赴任」「下宿」等

直近1年間の年金・パート収入（通勤交通費含む）・不動産収入、その他すべての収入をご記入ください。
無収入の場合は空欄ではなく「0」とご記入ください。

※太枠内を漏れなくご記入のうえ、裏面も必ずご確認ください。

大阪薬業健康保険組合
本部
〒540-0037
大阪府大阪市中央区内平野町3-2-5
☎06-6941-5004
NO:0000001#

組合提出期限 平成 年 月 日