

被保険者／被扶養者調査表総括表

事業所記号	
-------	--

被保険者／被扶養者調査表	合計	枚
扶養削除者の健康保険証		枚

「被保険者／被扶養者調査表」について確認しましたので提出します。

〒		—	
事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名			印
電話番号	—	—	担当者

※ 提出は 令和 2 年 11 月 30 日 (月) までをお願いします

- 提出前に確認をお願いします
- 「被保険者印」欄のサイン又は押印がある
- 記入欄（職業・年間収入等）が空白になっていない
- 必要とされる添付書類がある
- 就職等で削除となった被扶養者の健康保険証が添付されている