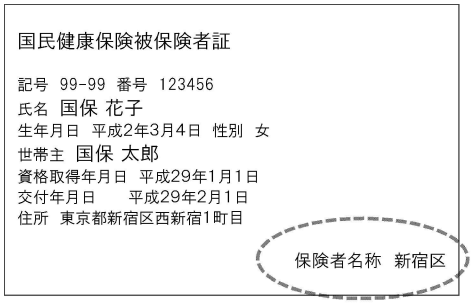
家族（同一世帯家族）の健康保険加入状況の確認書

令和　　年　　月　　日現在

	種別	氏　名	性別	生年月日	続柄	現在加入している健康保険（**保険者の名称**）※1	
1	**本人**		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	**本人**	国保（　　市（区）） 社保・その他（　　）	本人 扶養
2	家族		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		国保（　　市（区）） 社保・その他（　　）	本人 扶養
3	家族		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		国保（　　市（区）） 社保・その他（　　）	本人 扶養
4	家族		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		国保（　　市（区）） 社保・その他（　　）	本人 扶養
5	家族		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		国保（　　市（区）） 社保・その他（　　）	本人 扶養
6	家族		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		国保（　　市（区）） 社保・その他（　　）	本人 扶養

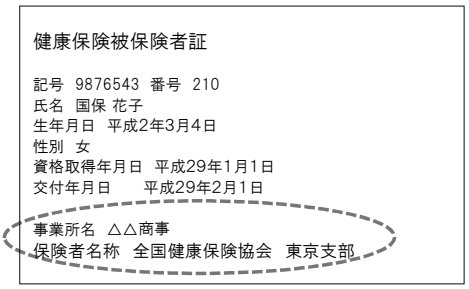
※1　現在加入している健康保険名（保険者の名称）の確認の仕方

保険証の下に保険者名という欄がありますので、家族の皆様の保険証をご確認いただき、その名称を上の表にご記入ください。


国民健康保険被保険者証

記号　99-99　番号　123456
氏名　国保 花子
生年月日　平成2年3月4日　性別　女
世帯主　国保 太郎
資格取得年月日　平成29年1月1日
交付年月日　　平成29年2月1日
住所　東京都新宿区西新宿1町目

保険者名称　新宿区


健康保険被保険者証

記号　9876543　番号　210
氏名　国保 花子
生年月日　平成2年3月4日
性別　女
資格取得年月日　平成29年1月1日
交付年月日　　平成29年2月1日

事業所名　△△商事
保険者名称　全国健康保険協会　東京支部

美容国保に加入する場合、お住まいの国保と同様に、世帯全員での加入が原則となります（他組合加入者、後期高齢者、社保加入者等を除く）。そのため、組合員の世帯に属するご家族（住民票上同一世帯の方でお住まいの国保の保険証をお持ちの方）は、美容国保へご一緒に加入してください。

美容国保への加入を望まないご家族がいる場合は、区市町村の役所にて、世帯分離の手続きが必要になります。世帯分離を行った場合は、世帯分離後に改めて世帯全員形式の住民票をお取りください。

（夫婦間や、小さなお子様との分離等、世帯分離ができない場合もありますのでご注意ください）

※単身世帯の方は、提出不要です。

※必ず**世帯全員**形式の住民票をお送りください。