

令和7年度 被扶養者資格 再確認調書 1

	担当

提出期限 令和7年9月30日(火) 必着

記号	番号	被保険者	該当被扶養者		
			氏名	続柄	年齢

該当被扶養者の個人番号を利用した情報連携照会にて、該当被扶養者が被保険者と別世帯に居住していると思われます。1.被扶養者継続審査に必要事項を記入のうえ、ご提出ください。なお、被扶養者削除をする場合は、2.被扶養者削除に必要事項を記入のうえ、ご提出ください。

1.被扶養者継続審査

下記Q1の質問に「はい」「いいえ」でお答えください。

回答により必要書類をご用意いただき、記入欄の該当事項に☑チェックおよび記入のうえ、本紙と一緒に提出ください。

チェック欄	必要書類	記入・備考欄
<b>Q1. 被扶養者は令和6年1月から12月までの期間に被保険者と同居していますか？</b>		
<input type="checkbox"/> はい (同居)	住民票が別になっている場合はその理由 ( )	[別居日] ※別居に該当する場合のみチェック <input type="checkbox"/> 令和5年以前から別居 <input type="checkbox"/> 令和6年1月1日以降に別居
<input type="checkbox"/> いいえ (別居)	●直近3ヵ月分の「送金証明書(コピー)」 「送金証明書」は「振込明細」または「通帳」による送金実績。 受取人・振込人・送金額・送金日がわかるもの。 ※国内外里帰り出産の場合は不要。 ※被保険者が転勤に伴う単身赴任の場合は不要。 ※国内居住要件例外に該当し、届出を未提出の場合は添付してください。	[別居理由] <input type="checkbox"/> 被保険者が転勤に伴う単身赴任 <input type="checkbox"/> 自己都合 <input type="checkbox"/> 国内里帰り出産 <input type="checkbox"/> 海外転出 <input type="checkbox"/> 国内居住要件 <input type="checkbox"/> 海外里帰り出産   例外該当 → 出産日           年   月   日 → 帰国予定日       年   月   日
<通信欄>		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

2.被扶養者削除

削除理由 該当事項に☑チェック	保険証・高齢受給者証・資格確認書の返却 該当事項に☑チェック
<input type="checkbox"/> 収入オーバー <input type="checkbox"/> 生計維持関係がなくなった <input type="checkbox"/> 送金の事実なし <input type="checkbox"/> 送金額が認定対象者の収入を下回る 令和7年9月1日 ⇒ 削除日	[保険証]    [高齢受給者証]    [資格確認書] <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 上記のいずれも交付を受けていない
<input type="checkbox"/> 就職等で他の健康保険に加入 資格取得日 平成・令和 年 月 日 ⇒ 削除日	<b>被扶養者の再申請をする方</b> 令和7年度(令和6年1月～12月)中の収入がオーバーしているが、その後、被扶養者の収入範囲内になった方は、一度基準日の令和7年9月1日で削除をしていただき、再度「健康保険被扶養者(異動)届」に必要書類を添付し当組合適用一課へご提出ください。 審査のうえ、被扶養者の認定基準を満たしていれば受付日にて認定いたします。 なお、再申請の際は「健康保険被扶養者(異動)届」の右上に【再認用】と記入してください。
<input type="checkbox"/> 国内居住要件例外非該当 (1. または 2. に☑をつけてください) 1. 令和2年4月1日以前 令和2年4月1日 ⇒ 削除日 2. 令和2年4月1日以降 住民票除票日 平成・令和 年 月 日 ⇒ 削除日	
<input type="checkbox"/> 死亡による削除 死亡日 令和 年 月 日 ⇒ 死亡日の翌日が削除日	

※「健康保険資格証明交付申請書」の交付や「国民年金第3号被保険者関係届」に確認印が必要な場合

①調書は、株式会社法研へ送付してください。

②「健康保険資格証明交付申請書」、「国民年金第3号被保険者関係届」は、右上に【再認用】と記入のうえ当組合適用一課へ送付してください。

2週間程度で交付又は押印し送付いたします。

なお、【再認用】の記入がない場合は、時間がかかりますのでご注意ください。

事業主記載欄 ↓事業所側でご記載ください。記載のない場合は受理できません。

年 月 日 提出

(受付日印)

郵便番号 事業所所在地 事業所名称 事業主名 電話番号 事務担当者名 又は 社労士事務所名及び担当者名	
---	--

社会保険労務士記載欄
------------

※提出する際は、再確認調書に記載の記号・番号・該当被扶養者氏名等に誤りがないかの確認をお願いいたします。