

# 令和5年度 被扶養者資格 再確認調書 2

	担当

**提出期限 令和5年10月31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が当組合へ未提出のため情報連携利用での確認が行えません。**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～Q3のすべての質問に「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	発行元	記入・備考欄
<b>Q1.被扶養者は令和4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) <input type="checkbox"/> いいえ (別居)	住民票が別になっている場合はその理由 ( )  ●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添付の必要無し。 ※被保険者が転勤に伴う単身赴任の場合は不要。		[別居日] ※別居に該当する場合のみチェック <input type="checkbox"/> 令和3年以前から別居 <input type="checkbox"/> 令和4年1月1日以降に別居 [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"/> 海外里帰り出産 ➡出産日                      年      月      日 ➡帰国予定日                      年      月      日
<b>Q2.被扶養者は、令和4年1月から12月までの期間に給与収入がありましたか？</b>			
<input type="checkbox"/> はい (収入あり) <input type="checkbox"/> いいえ (収入なし)	●被扶養者の令和5年度「課税・非課税証明書(原本)」 ※令和4年の年間収入が130万円(60歳以上または障害年金受給者は180万円)を超過の場合で、新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した事が理由で超過の場合は、記入・備考欄にチェックを入れて「申立書」を併せて提出。 ※現在、契約終了や退職により収入が無い場合は、退職日の記載がある令和4年分または令和5年分「源泉徴収票」を提出。  ●被扶養者の令和5年度「課税・非課税証明書(原本)」	市区町村役所 ・ 勤務先          市区町村役所	[ワクチン接種業務] <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事していた。 ➡「新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事した際の収入に係る申立書(原本)」(別紙1)  [契約終了や退職] <input type="checkbox"/> 既に契約終了や退職している ➡令和4年分または令和5年分「源泉徴収票」
<b>Q3.被扶養者は、令和4年1月から12月までの期間に年金収入がありましたか？</b>			
<input type="checkbox"/> はい (収入あり) <input type="checkbox"/> いいえ (収入なし)	●被扶養者の直近の「年金振込通知書(コピー)」 ※老齢・企業・遺族・障害等、受給しているすべて提出。 ※「公的年金等の源泉徴収票」は証明書類にはなりません。  この回答による必要書類なし	日本年金機構等    -	[年金種別] <input type="checkbox"/> (1)老齢 <input type="checkbox"/> (2)遺族 <input type="checkbox"/> (3)障害 <input type="checkbox"/> (4)企業 <input type="checkbox"/> (5)その他(                      )

## 2.被扶養者削除

削除年月日	削除理由 該当事項に☑チェック	保険証・高齢受給者証 該当事項に☑チェック
<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和  年      月      日	<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"/> 仕送りの事実なし <input type="checkbox"/> 仕送り額が認定対象者の収入を下回る (削除年月日は令和5年9月1日となります) <input type="checkbox"/> 就職等で他の健康保険に加入 (削除年月日は他の健康保険の資格取得日となります) <input type="checkbox"/> 国内居住要件例外非該当 (削除年月日は令和3年4月1日以前より非該当の方は令和3年4月1日、それ以降の方は住民票除票日となります)	[保険証] <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失  [高齢受給者証](交付者のみ) <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 滅失

被保険者証・高齢受給者証(交付されている方のみ)を必ず添付してください。被保険者証・高齢受給者証を滅失された場合は、当組合ホームページより「被保険者証滅失届」、「高齢受給者証滅失届」をダウンロードのうえ添付してください。

年      月      日 提出

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。

(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	

社会保険労務士記載欄