

令和7年度 被扶養者資格 再確認調書 2

	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が当組合へ未提出のため情報連携照会にて確認が行えません。**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、本紙と一緒にご提出ください。

チェック欄	必要書類	発行元	記入・備考欄
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？			
☐ 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 ☐ 令和5年以前から別居 ☐ 令和6年1月1日以降に別居
☐ 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。 ※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] ☐ 被保険者が転勤に伴う単身赴任 ☐ 自己都合 ☐ 国内里帰り出産 ☐ 海外転出 ☐ 国内居住要件 ☐ 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
Q2.被扶養者は、令和6年1月から12月までの期間に給与収入がありましたか？			
☐ はい (収入あり)	●被扶養者の令和7年度「課税・非課税証明書(原本)」 ※令和6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や一時的な収入変動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」または「事業主の証明書」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6年分または令和7年分「源泉徴収票」を提出。	市区町村役所 ・ 勤務先	[ワクチン接種業務・一時的な収入変動] ☐ 新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事または一時的な収入変動に該当。 ➡「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) ➡「被扶養者の収入確認にあたっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明(原本)」(別紙2)
☐ いいえ (収入なし)	●被扶養者の令和7年度「課税・非課税証明書(原本)」	市区町村役所	[契約終了や退職] ☐ 既に契約終了や退職している ➡ 令和6年分または令和7年分「源泉徴収票」
Q3.被扶養者は、令和6年1月から12月までの期間に年金収入がありましたか？			
☐ はい (収入あり)	●被扶養者の直近の「年金振込通知書(コピー)」 ※年齢・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。	日本年金機構等	[年金種別] ☐ (1)老齢 ☐ (2)遺族 ☐ (3)障害 ☐ (4)企業 ☐ (5)その他()
☐ いいえ (収入なし)	この回答による必要書類なし	-	

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
☐ 収入オーバー ☐ 生計維持関係がなくなった ☐ 送金の事実なし ☐ 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] ☐ 添付 ☐ 添付 ☐ 添付 ☐ 滅失 ☐ 滅失 ☐ 滅失 ☐ 上記のいずれも交付を受けていない
☐ 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	
☐ 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	被扶養者の再申請をする方 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。
☐ 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調査は、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。

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	
---	--

年 月 日 提出
(受付日印)

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。