

令和5年度 被扶養者資格再確認調書3 削除依頼書

	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を利用した情報連携照会にて、令和4年の年間収入額が健康保険被扶養者の収入基準額を超過していることを確認しました。
ワクチン接種業務に従事していたことにより収入が超過した場合で継続審査を希望する場合は **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。
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、本紙と一緒にご提出ください。

チェック欄	必要書類	記入・備考欄
Q1.被扶養者は、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健康保険の被扶養者収入基準額を超過していたに該当しますか？		
<input type="checkbox"/> はい (該当する)	●「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)	
<input type="checkbox"/> いいえ (該当しない)	●該当しない場合は 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。	
<通信欄>		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

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
