	担当

令和6年度 被扶養者資格 再確認調書３ 削除依頼書

提出期限 令和6年10月11日(金) 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5年中の収入額が健康保険被扶養者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や一時的な収入変動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や一時的な収入変動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？		
□はい (該当する)	該当する書類 ●「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 (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

削除理由 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6年9月1日 ⇒ 削除日

□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. に〇をつけてください）
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

□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

保険証・高齢受給者証の返却 該当事項に☑チェック

[保険証]　□添付　□滅失
[高齢受給者証](交付者のみ)　□添付　□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。

被扶養者の再申請をする方

令和6年度(令和5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6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1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。

※「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調書の右上に【申請・押印あり】と記入のうえ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」の右上に【再認用】と記入し当組合適用1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、【申請・押印あり】【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。