

被保険者様
被扶養者様

全日本理美容健康保険組合

健康保険被扶養者調査（検認）の実施について

平素は健康保険組合の事業運営について、ご理解ご協力を賜り厚くお礼を申し上げます。

健康保険では、被保険者の収入によって生活しているご家族の方も「被扶養者」として健康保険に加入することができますが、家族なら誰でも加入できるわけではなく、法律等で決まっている一定の条件を満たすことが必要です。しかしながら時間の経過とともに、就職して他の健康保険に加入していたり、パート等で収入の基準額を超えているなどの理由により、条件を満たしていないにもかかわらず、健康保険の「被扶養者」のままになっている例が見受けられます。

そのため、健康保険組合では法律（健康保険法施行規則第50条及び、厚生労働省保険局からの通知）と行政の指導に基づき、扶養家族の皆様が「被扶養者」としての条件を満たしているかの確認と調査（「検認」といいます。）を行います。この調査により認定を受けた方だけが引き続き健康保険の「被扶養者」としての資格を得ることになります。

つきましては当組合でも下記の日程・要領にて調査（検認）を実施する事といたしましたので、健康保険被扶養者調査表と添付書類のご提出をお願いいたします。

また、審査を公平かつ厳正に行うため、当組合が指定する公的機関の証明書のご提出をお願いする場合がございますが、これらの書類の手続きに要する費用は、審査対象者の方の個人負担となりますので予めご了承いただきますようお願い申し上げます。

【対象の方】

全日本理美容健康保険組合の被扶養者の方で次の条件に該当する方

- ・平成19年4月1日～平成27年3月31日の間に扶養家族と認定された方

【提出書類・提出方法】

① 健康保険被扶養者調査表の太枠内に必要事項をご記入・ご捺印ください

⇒すでに扶養から抜けている方に関しては、その旨備考欄にご記入ください。

② 満18歳以上（高校生は除く）の方は必ず平成27年度の所得証明書をご提出ください

⇒お住まいの市区町村の役所で平成26年分の所得の内訳のわかる所得証明書の交付を受けてください。

※所得証明が交付されない場合は非課税証明書のご提出をお願いいたします。

③ 事業所の事務ご担当者様へ、提出期限までにご提出ください

⇒提出期限までに事業所の事務ご担当者様までご提出ください。

- 【提出書類】
- 対象者のお名前記載の健康保険被扶養者調査表（ご記入ご捺印もれはありませんか？）
 - 所得証明書（満18歳以上の方の分がそろっていますか？）
 - 別居の方の送金証明書直近3ヶ月分
（金融機関の振込票または現金書留の控えはそろっていますか？）
 - その方の状況によって追加で書類をご提出いただく場合があります。

※提出書類に不備・不足がある場合は、被扶養者の資格を喪失する場合がありますのでご注意ください。

事業所への
提出期限

平成27年12月15日まで

問合せ先:03-6661-6106

全日本理美容健康保険組合

【届出を提出しなかった場合】

提出期限までに書類をご提出いただけない場合には、事業所から当組合への書類の提出期限である

平成27年12月31日の翌日で被扶養者の資格を喪失することとなります。

記入例

事業所名称

被保険者氏名（記号 - 番号）

①～④の太枠内に必要事項をご記入ください

健康保険被扶養者調査表

対象の方が印字されています

①

被扶養者基礎情報	年齢	健保 花子 (妻) 生年月日 (昭和 58 年 10 月 1 日)	健保 幸子 (母) 生年月日 (昭和 28 年 6 月 1 日)
	年齢	32 歳	62 歳
	職業	パート	パート
	配偶者の有無	・有 ・無	・有 ・無
	被保険者と同居別居の別	・同居 ・別居	・同居 ・別居
扶養認定時と現在の状況	・変更なし ・就職 ・結婚 ・その他 ()	・変更なし ・就職 ・結婚 ・その他 ()	

②

収入について	平成 26 年度の総収入額 (平成 26 年 1 月～12 月)	年額 96 万円	年額 140 万円
	平成 27 年度の収入見込み額内訳 (平成 27 年 1 月～12 月)		
	給与収入	年額 105 万円	年額 36 万円
	公的年金収入	年額 万円	年額 90 万円
	その他の収入	・各種給付金・不動産・その他 () ・月額 万円 ・年額 万円	・各種給付金・不動産・その他 () ・月額 万円 ・年額 万円

◆満 18 歳以上の方は、平成 27 年度の所得証明書を必ずご提出ください。(高校生は提出不要です。)

③

①で被保険者と別居されている場合はご記入ください。

別居について	別居の場合の住所	〒 000-XXXX 長野県安曇野市穂高△-△△△	
	仕送り額 (子・配偶者を除く)	月額 万円	月額 12 万円
	送金証明書提出必要 (※)	年額 万円	年額 144 万円
	別居先で同居者がいる 場合、ご記入ください。	氏名 () 続柄 () 年額 (万円)	氏名 () 続柄 () 年額 (万円)
		氏名 () 続柄 () 年額 (万円)	氏名 () 続柄 () 年額 (万円)
備考			

※ 送金証明書とは、金融機関の振込票控または現金書留の控等。直近 3 ヶ月分の送金証明書を必ずご提出ください。

④

被保険者情報	住所	〒 000-0000 東京都中央区日本橋大伝馬町△-△△△ 健保マンション 111 号室	被保険者の 配偶者について	配偶者の有無	・有 ・無
	電話番号	自宅 03 (XXXX) XXXX 携帯 080 (XXXX) XXXX <small>※健保組合よりご連絡する場合がございますので、日中つながりやすい電話番号をご記入ください</small>		配偶者の年間収入	年額 万円

↑ 配偶者が被扶養者の場合は、ご記入不要です。

上記のとおり相違ありません。

平成 27 年 11 月 10 日

被保険者氏名 健保 太郎

※被保険者の署名・捺印をお願いいたします。

