

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、調査書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解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を満たす方

- ① 平成22年4月1日～平成23年3月31日の間に扶養家族と認定された方で、平成23年3月末時点で20歳以上の方
- ② 平成22年度に実施した検認において、平成21年度の年収が130万円を超えていたため申立書のご提出をされた方。

【提出書類・提出方法】

- ① **健康保険調査表**に必要事項をご記入・ご捺印ください

⇒裏面に記入例がありますので、ご確認の上、ご記入ください。
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 対象の方の状況に応じた**添付書類**をご準備ください

⇒別紙1に記載の一覧表をご確認ください。その方の状況により、添付いただく書類が異なります。

- 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**

⇒下記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調査表（ご記入ご捺印もれはありませんか？）
 - 添付書類（全員分の添付書類がそろっていますか？）

事業所への
提出期限

平成23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23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のでご注意ください。

記入例

☆太枠内にご記入・ご捺印ください

平成 22年 4月 1日

健康保険 被保険者調査表

全日本理美容健康保険組合

事業所		配記号番号		資格取得日
1234 株式会社 理美容健保		1234- 12345		平成 19年 4月 1日
現在	被保険者氏名	性別	生年月日	住所
	ケボ タロ 健保 太郎	男	昭和 40年 1月 1日	〒103-0011 TEL: 東京都中央区日本橋大伝馬町1-7
訂正			年 月 日	〒 TEL:

被扶養者	フリガナ 氏名 / 住所	性別	生年月日	続柄	同居別居	扶養控除 有・無	職業 学校・学年	年金 受給	年間収入 (円)	誕生日 平成 年 月 日
1	ケボ ハコ 健保 花子	女	昭和 45年 3月 3日	妻	同居	有	ネリスト (個人事業主)	有	600000 円	平成 19年 4月 1日
2	ケボ リエ 健保 理恵	女	平成 19年 12月 31日	長女	同居	有	学生 時美容大生	有	0円	平成 19年 4月 1日
3	ケボ ヨコ 健保 容子	女	昭和 20年 5月 6日	母	別居	有	美容師 (パート)	有	380000 円	平成 19年 4月 1日
4	ケボ ヨシキ 健保 美一	男	昭和 18年 10月 10日	父	別居	有	無職	有	445500 円	平成 19年 4月 1日



【注意事項】

- 現在の状況と異なる場合には「訂正」の欄にそれぞれ住所・続柄等をご記入ください。
- 職業欄には、現在の職業（学生は学校名と学年）と勤務形態（個人事業主・パートタイマー・自営業等）を詳細にご記入ください。
- 年間収入欄は総収入の合計（控除前の金額）をご記入ください。
- 扶養から抜けた方がいらっしゃる場合には「被扶養者でなくなった日」に日付をご記入ください。（例：既に就職した子供がいる場合⇒就職日を記入）
後日、組合より扶養から抜けるための書類をお送りしますので、ご提出をお願いします。
- 記入内容に間違いのない事を確認いただき、右下の被保険者欄にご捺印ください。
- 調査表のご記入のほか、そのご家族様の状況にあわせて添付書類のご提出も必要です。

配偶者【個人事業主・自営業】の場合

- ◆調査表に職業・年収等を記入
- ◆課税（非課税）証明書
- ◆確定申告書（控）の写し

子供【学生】の場合

- ◆調査表に学校名・学年を記入
- ◇給与明細（直近3ヶ月分）の写し
（アルバイト収入がある場合）

母【別居・パート勤務・年金収入】の場合

- ◆調査表に職業・年収等を記入
- ◆課税（非課税）証明書
- ◆給与明細（直近3ヶ月分）の写し
- ◆年金改定額通知書の写し
- ◆住民票（世帯全員の続柄入り）
- ◆送金証明書

父【別居・無職・年金収入】の場合

- ◆調査表に職業・年収等を記入
- ◆課税（非課税）証明書
- ◇雇用保険被保険者証の写し
（2年以内に退職した場合）
- ◆年金改定額通知書の写し
- ◆住民票（世帯全員の続柄入り）
- ◆送金証明書

1. 氏名、性別、生年月日、住所、続柄、同居別居に間違いがないことを確認し、右の「被保険者印」欄に押印してください。
2. 訂正がある場合は、訂正欄に訂正内容を記入してください。
3. 住所が印字されていない場合は、訂正欄に住所を記入してください。
4. 被扶養者を削除する場合は、「被扶養者でなくなった日」欄に日付を記入し、備考欄に理由を記入してください。
5. 「扶養控除申告」欄は税法上の扶養控除申告をしている被扶養者の場合は「有」、それ以外の被扶養者の場合は「無」に○をつけてください。
6. 「年金受給」欄は年金を受給している被扶養者の場合は「有」、それ以外の被扶養者の場合は「無」に○をつけてください。
7. 「年間収入」欄は年金を含めた年間収入額を記入してください。

問合せ先：03-6661-6106
全日本理美容健康保険組合 適用課
「検認の件で」とお問合せください