

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

平成19年4月1日～平成24年12月31日の間に扶養家族と認定された方

被扶養配偶者と被扶養配偶者の子を除く（平成25年1月1日より被扶養者認定時の提出書類一部変更のため）

平成24年度に実施した検認において、平成23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】

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。

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。

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25年11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25年11月30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25年10月1日
全日本理美容健康保険組合

健康保険 被保険者 調査表

事業所		証記号番号		資格取得日	
1234 株式会社 理美容健康		1234-12345		平成19年4月1日	
被保険者氏名		性別	生年月日	住所	
現在 ケンボ ハナコ 健保 花子		女	昭和58年9月3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:	

フリガナ	氏名 / 住所	性別	生年月日	続柄	同居	扶養	職業	学校・学年	年金	年間収入	認定日
現在	ケンボ コウタ 健保 康太	男	平成18年7月28日	長男	同居	有	〇〇小学校	1年	有	0円	平成19年4月1日
訂正			年 月 日			無			無		年 月 日
〒103-0011 東京都中央区日本橋大伝馬町1-7											
現在	ケンボ サクラ 健保 さくら	女	平成7年3月2日	妹	同居	有	〇〇高校	3年	有	360,000円 (アルバイト)	平成19年4月1日
訂正			年 月 日			無			無		年 月 日
〒103-0011 東京都中央区日本橋大伝馬町1-7											
現在						有・無			有・無		年 月 日
訂正			年 月 日								年 月 日
現在						有・無			有・無		年 月 日
訂正			年 月 日								年 月 日
〒 TEL:											
訂正 TEL:											
備考											

【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）と勤務形態を（個人事業主・パートタイマー等）詳細にご記入ください。
- 年間収入欄は総収入（控除前の金額）をご記入ください。
- 既に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：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いたしますので、ご提出をお願いいたします。
- 記入内容に間違いがないことをご確認いただき、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、そのご家族の状況にあわせて添付書類のご提出も必要です。

子供（学生の場合）

【被保険者に扶養認定されていない配偶者がいる場合】
調査票に学校名・学年を記入
被保険者の配偶者の所得証明書

【母（父）子家庭の場合】
住民票（世帯全員の続柄入りのもの）

兄弟・姉妹

住民票（世帯全員の続柄入りのもの）
学生証（学生の場合）
所得証明書（16歳以上で収入がある場合）
給与明細（直近3ヶ月分）の写し
送金証明書（別居の場合）
被保険者に扶養認定されていない兄弟姉妹がいる場合、
該当者所得証明書

必ず被保険者 を押印ください！



【ご注意】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「年間収入」欄は年金を含めた年間の収入額を記入してください。

記入例

太枠内にご記入・ご捺印ください

平成25年10月1日
全日本理美容健康保険組合

健康保険被保険者調査表

事業		業		記号番号	資格取得日			
1234 株式会社 理美容健康				1234-12345	平成19年4月1日			
被保険者氏名	性別	生年月日	住所					
ケンボ タロウ 健保 太郎	男	昭和42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:					
フリガナ 氏名 / 住所	性別	生年月日	続柄	別居	職業	年金	年間収入 (円)	認定日
ケンボ リエ 健保 理恵	女	平成4年5月6日	同居	有 無	アルバイト	有 無	1,200,000 円	平成19年4月1日
訂正		年 月 日						年 月 日
〒103-0011 東京都中央区日本橋大伝馬町1-7								
訂正								
TEL:								
TEL:								
ケンボ ヨシコ 健保 美子	女	昭和17年3月2日	母	別居	有 無	無職	有 無	平成19年4月1日
訂正		年 月 日						年 月 日
〒060-0806 北海道札幌市北区〇-〇-〇								
訂正								
TEL:								
TEL:								
現在				有 無		有 無		年 月 日
訂正		年 月 日						年 月 日
訂正								
TEL:								
TEL:								
現在				有 無		有 無		年 月 日
訂正		年 月 日						年 月 日
訂正								
TEL:								
TEL:								
現在				有 無		有 無		年 月 日
訂正		年 月 日						年 月 日
訂正								
TEL:								
TEL:								

子供（学生以外の場合）

【被保険者に扶養認定されていない配偶者がいる場合】
調査票に職業を記入
被保険者の配偶者の所得証明書
被扶養者の所得証明書
給与明細書（直近3ヶ月分）の写し

【母（父）子家庭の場合】
住民票（世帯全員の続柄入りのもの）
所得証明書
給与明細書（直近3ヶ月分）の写し

父母

【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
被扶養者の所得証明書
住民票（世帯全員の続柄入りのもの）
給与明細（直近3ヶ月分）の写し
年金改定額通知書の写し（最新のもの）
送金証明書
被保険者に扶養認定されていない兄弟姉妹等がいる場合、該当者の所得証明書

必ず被保険者 を押印ください！



- 【ご注意】
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 「扶養除外申告」欄は税法上の扶養除外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。
 - 「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。
 - 「年間収入」欄は年金を含めた年間の収入額を記入してください。

お問い合わせ先 ☎
03-6661-6106
全日本理美容健康保険組合 適用課
けんじん
「検認の件で」とお問い合わせください。

別紙 1 添付書類一覧表

: 必ずご提出ください

: 該当する方は必ずご提出ください

認定対象者		添付書類		住民票 (世帯全員の続柄入り)			所得証明書			給与明細 (写) 3ヶ月分	3 送金 証明書	雇用保険 関係書類	年金改定 通知書 (写)	その他
		認定 対象者	母(父)子 家庭の方	扶養認定 対象者	1 被保険者 の配偶者 (妻・夫)	2 その他 親族								
子	学生													
	学生以外													
父・母	同居	無職												
		働いている方 (パート・自営業等)												自営業の方は 確定申告書(写)
		過去2年以内に 退職の方												
	別居	無職												
		働いている方 (パート・自営業等)												自営業の方は 確定申告書(写)
		過去2年以内に 退職の方												
その他の親族	同居	学生												学生証(写)
		無職												
		働いている方 (パート・自営業等)												自営業の方は 確定申告書(写)
	別居	無職												
		働いている方 (パート・自営業等)												自営業の方は 確定申告書(写)
		過去2年以内に 退職の方												

- 1 配偶者の所得証明書：配偶者が被保険者の被扶養者に認定されていない場合、配偶者の所得証明書をご提出ください。
- 2 被保険者の被扶養者に認定されていない兄弟姉妹がいる場合、その方たちの所得証明書をご提出ください。
(被保険者より扶養能力の高い親族がないことを確認するため)
- 3 送金証明書：金融機関の振込票控又は現金書留の控等、被保険者が別居の扶養家族の方と生計を同じにしている事が第三者からみて証明できる書類。「送金証明書」が期限までに用意できない場合は、一旦「仕送り額の申立書」(裏面)を提出し、後日「送金証明書」をご郵送ください。

全日本理美容健康保険組合
理事長 殿

別居扶養に関する仕送り額の申立書

私は、下記条件にて別世帯に居住する被扶養者の認定(検認を含む)を受けることを誓約いたします。
認定後、下記期限までに全日本理美容健康保険組合へ「送金証明書 下記参照」を遅延なく提出いたします。
なお、「送金証明書」を期限までに送付できない場合や、仕送りの実態が証明できない場合は、対象の扶養家族を健康保険の被扶養者から削除することに同意いたします。

送金証明書:金融機関の振込票控、または現金書留の控等。
被保険者が別居の扶養家族の方と生計を同じにしている事が第三者からみて証明できる書類。

1. 扶養家族の方について

遠隔地の被扶養者名	続柄	収入の種類	年額(円)
収入合計			

2. 上記扶養家族への被保険者からの送金額

送金額(円)	
送 金 月	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10
	11
	12
合計	

【注意事項】
別居(住民票が別世帯)の扶養家族の場合、被扶養者ご本人様の年間収入額が、被保険者からの送金額(仕送り額)よりも少ないことが認定の条件となります。

(例)別居の父・母(父・母は同一世帯)を扶養している場合
父:年収 20 万円 母:年収 20 万円
送金額 40 万円より多くないと認定されません

以上のことに相違ありません。

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____

送金証明書提出期限:

平成 25 年 12 月 31 日まで