

健康保険 被扶養者資格再確認調査票（検認）

下記の調査対象者につきましては、被扶養者の状況に当てはまる箇所に☑と必要事項をご記入のうえ、令和6年11月15日（金）必着までに回答していただきますようお願いいたします。ご提出の際には該当するアルファベットに属する添付書類を裏面でご確認いただき調査票と一緒にご提出ください。

記号番号	被保険者氏名	標準報酬月額	調査対象者氏名	年齢	続柄
—		千円			

※令和六年四月一日時点で十八歳以上、なおかつ令和六年三月三十一日までに被扶養者認定された方の中で同居・非同居等の世帯状況や収入の面で確認が必要な方のみ調査対象としています。	該当する箇所 全てに☑	確認項目（B~Dに該当する場合は年間収入(見込)、F~Jに該当する場合は【】内をご記入ください。）				
	<input type="checkbox"/>	A	現在、学生である。			
	<input type="checkbox"/>	B	いま現在、給与収入がある。	給与の年間収入(見込)	()万円	
	<input type="checkbox"/>	C	年金収入（遺族・障がい・老齢等）がある。	年金の年間収入(見込)	()万円	
	<input type="checkbox"/>	D	給与・年金以外の収入(自営業含む)がある。	給与・年金以外の年間収入(見込)	()万円	
	<input type="checkbox"/>	E	確認項目 B~D の総年間収入（見込）が130万円（60歳以上または障がい者の方は180万円）を超えている。			
	<input type="checkbox"/>	F	いま現在、収入がない。 ※令和5年1月1日以降に勤め先等をご退職された場合は退職日をご記入ください。【退職日：令和 年 月 日】			総年間収入(見込) B+C+D ()万円
	<input type="checkbox"/>	G	扶養認定日以降に就職又は結婚・離婚等により別の健康保険組合等に加入している。 【削除日：令和 年 月 日】※削除の場合は異動届の提出が必要です。他の健康保険組合に短期間でも資格取得していた場合は事実発生日まで遡って削除となる場合があります。			
	<input type="checkbox"/>	H	いま現在、失業保険を受給している。【受給開始日：令和 年 月 日、日額： 円】			
	<input type="checkbox"/>	I	令和6年1月1日以降に失業保険の受給を終了した 【受給終了日：令和 年 月 日】			
<input type="checkbox"/>	J	被保険者と非同居である。下記の項目のどちらかを○で囲ってください。 【被保険者が単身赴任中で ある ・ ない（ないに○をつけた方は仕送りの状況確認が必要です）】				

※ 被扶養者から削除される方がいる場合は、別途「被扶養者(異動)届」の提出、保険証の返却が必要になります。

（裏面あり）