

被保険者 各位

共愛会健康保険組合  
理事長 下河辺 智久

## 令和5年度 健康保険被扶養者資格確認調査について

## ◆ 実施目的

共愛会健康保険組合では、高齢者医療制度における拠出金および保険給付の適正化を目的に、健康保険法施行規則第50条に基づき、健康保険の被扶養者となっている方が、現在もその状況にあるかを確認させていただくため、毎年度、被扶養者資格の再確認を実施しております。

被扶養者資格の再確認は、被扶養者の現況確認だけではなく、加入者のみなさまの保険料負担の軽減につながる大切な確認となりますので、お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご理解とご協力をお願いいたします。

## ◆ 調査対象者

①被扶養者がいる場合、その被扶養者を共同で扶養する義務のある方

※例) 本人と配偶者の収入を比較するため



添付書類 A の方

②令和5年10月1日現在認定している 16歳以上(※)の被扶養者

※16歳以上で4月の状況確認時に学生と確認できた方は除きます。



添付書類 B の方

## ◆ 調査の流れ

時期	内容	流れ
10月2日	「調査票」の配布	事業主(総務課) → 被保険者
10月2日～	「調査票」順次提出	被保険者 → 事業主(総務課)
10月17日(火)	「調査票」提出期限	総務課必着
10月中	健保の審査期間※	不該当者に随時通知を送付

※健保で審査を行い、追加で書類の提出依頼をする事がありますので、速やかにご提出くださいますよう、ご協力をお願いいたします。

◆ 提出期限 令和5年10月17日(火) 総務課必着

※送付した封筒に提出書類一式を入れて返送して下さい。

## ◆ 送付物

- ・令和5年度 健康保険被扶養者調査票【裏面に見本を記載】
- ・添付書類一覧表（裏面に記載）

## ◆ その他注意事項

- ① 提出期限を過ぎても調査票並びに必要な証明書類の提出がない場合は、被扶養者の資格が確認できないため、さかのぼって令和5年4月1日付で被扶養者の資格を喪失いたします。
- ② 調査対象者の方が就職・収入増にも関わらず扶養になったままや仕送りを条件とするにも関わらず仕送りをしていない場合は、至急総務課へ被扶養者異動の手続きをお願いします。
- ③ ①と②に該当した場合は、さかのぼって資格喪失となり、それ以降にかかられた医療費(健保負担分)を健保組合へ返還していただきます。
- ④ 所得証明書等の発行手数料は各自でご負担ください。
- ⑤ 記入漏れや添付書類の不備が無いように、提出前に必ずご確認下さい(封筒の裏面に☑欄有り)。

# 添付書類一覧表

■扶養調査票 **A** に該当する方は、共同扶養の方が該当する番号の添付書類を提出してください。(コピー可)

共同扶養者	添付書類
I.自営業以外の方	①または⑤

共同扶養者	添付書類
II.自営業の方	③

■扶養調査票 **B** に該当する方は、調査対象者の該当する番号全ての添付書類を提出してください。(コピー可)

調査対象者	添付書類
I.無収入の方	①
II.年金受給の方	①および②
III.お勤めの方	①
IV.自営業の方	①および③

調査対象者	添付書類
V.その他の収入がある方	①および③
VI.別居の方	I～Vいずれかに該当する場合の書類 ④

※下表の添付書類だけで確認できない場合には、別途追加書類の提出を求める場合もございます。

添付書類	注意事項
① 所得証明書 または 住民税課税決定通知書※1	<ul style="list-style-type: none"> <li>●令和5年度(令和4年分)のもの</li> <li>○非課税証明は不可。0円申告を行ってください。</li> <li>●住民所得証明書の代用可能です。</li> </ul>
② (直近の)年金額改定通知書 ・年金振込通知書	<ul style="list-style-type: none"> <li>●国民・厚生・基金・遺族・障害・企業・個人などの受給しているすべての年金</li> </ul>
③ 確定申告書 および収支内訳書	<ul style="list-style-type: none"> <li>●令和5年(令和4年分申告)のもの</li> <li>○個人事業収入・不動産収入・株式配当等に該当するもの</li> </ul>
④ 仕送り証明書	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「いつ」「誰が」「誰に」「いくら」振込をしたのか確認できるもの 令和4年10月～令和5年9月に送金したもの</li> <li>○振込証明書</li> <li>○通帳の表面・中面(振込がわかるページ)</li> <li>○ネットバンキングの振込完了画面 など</li> </ul>
⑤ 源泉徴収票 または 住民税課税決定通知書※1	<ul style="list-style-type: none"> <li>●令和4年の所得がわかるもの(※注 調査時の職場と同じ場合)</li> <li>○本人と共同扶養の方(子、親等を共同で扶養している被扶養者でない方)のもの</li> <li>※注 転職等で調査時の職場と異なる場合は、総務課までご連絡ください。</li> </ul>

※1住民税課税決定通知書の見本

所得	給与収入	給与所得	その他の所得計	主たる給与以外の合算所得区分	総所得金額①	課税	山林所得	分離短期譲渡	分離長期譲渡	株式等の譲渡	上場株式等の配当	先物取引
所得控除	雑損	医療費	社会保険料	小規模企業共済	生命保険料	地震保険料	障・寡・勤	配偶者	配偶者特別	扶 養	基 礎	所得控除合計②
納付額	6月分	7月分	8月分	9月分	10月分	11月分	12月分	1月分	2月分	3月分	4月分	5月分

北九州市窓口業務の受付時間延長日時

- 延長日:毎週木曜日(祝日は除く)
- 受付時間:午前8時30分～午後7時まで
- 実施場所:全区役所(出張所は除く)

※延長時間帯に取り扱えない業務もありますので、詳しくは各区役所へお問い合わせください。

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

私の被扶養者が、今般の新型コロナウイルスワクチンの接種業務へ従事したことによる収入については、下記のとおりとなりますので、「新型コロナウイルスワクチン接種業務に従事する医療職の被扶養者の収入確認の特例」を適用していただくよう申し立てます。

【申請者記載欄】

		令和	年	月	日提出
被保険者 (申請者)	(フリガナ) 氏 名				
	被保険者等記号・番号				
被扶養者	(フリガナ) 氏 名				
	被保険者等記号・番号				

【ワクチン接種業務を行う事業者・雇用主（市（区）町村、医療機関等）記載欄】

事業所所在地	〒 ー	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		
新型コロナウイルスワクチン接種業務へ 従事した期間		
上記期間中のワクチン接種業務へ 従事したことによる収入額（実績額）	円	
※ 以下の全ての項目に該当していることを確認し、チェックして下さい。		
<input type="checkbox"/>	1 対象となる被扶養者は、（ <input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 看護師等（注）、 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士、 <input type="checkbox"/> 救急救命士）として新型コロナウイルスワクチンの接種業務へ従事しました。（注）保健師、助産師、看護師又は准看護師（※ 該当する職種をチェックして下さい。）	
<input type="checkbox"/>	2 上記の収入額については、対象となる被扶養者が、新型コロナウイルスワクチンの接種業務へ従事したことによる収入額で誤りはありません。	

※ 本申立書は、被扶養者認定及び被扶養者の資格確認において対象者の収入を確認する際の添付書類として、被保険者から被保険者の事業所や保険者（健康保険組合等）に提出する書類となります。

※ 記載内容の確認に当たって、別途雇用契約書等の添付書類を求められる場合があります。