



145話 被扶養者資格確認(検認)を行います

ご家族を扶養に入れている従業員の皆さんへお知らせです。

ご家族が被扶養者としてひかり健康保険組合に加入するためには、健康保険法で定めた認定基準をクリアしなければなりません。「収入・家族が変動した」などの理由で被扶養者の資格を失った以降も資格喪失の手続きをしないままの方がいないか、現在の状況を確認するために検認の「調査表」をお送りいたします。調査表が届いた方は必ず期限内にご提出をお願いいたします。

調査表							
記号・番号: —		被保険者氏名:					
氏名	性別	続柄	同居・別居	職業/学校・学年	年金受給	年間収入(円) (※合計額)	被扶養者でなくなった日
1			同居・別居		有・無	円	平成 年 月 日
2			同居・別居		有・無	円	平成 年 月 日
3			同居・別居		有・無	円	平成 年 月 日
4			同居・別居		有・無	円	平成 年 月 日
被扶養者でなくなった理由							

本人に確認し内容に相違ないか ☐ はい、確認しました。相違ありません。

1. 調査票の空欄に必要事項をご記入下さい。
※「被扶養者でなくなった日」は対象者を扶養から外す場合のみで結構です。
2. 同居・別居の項と年金受給の有無は、該当にマルを付けて下さい。
3. 職業欄は具体的に記入(例:パート、アルバイト等)。
4. 年金受給のある方は年金受給「有」にマルを付け、年間収入欄に年金額を記載して下さい。
なお、年金の他にパート収入等がある場合は、年金と他収入の合計額をご記入願います。
5. 「年間収入」欄は平成24年1月から平成24年12月31日までの収入見込をご記入下さい。
※18歳以下(高校生以下)の被扶養者は調査対象外になっております。

年金や給与等、全ての収入の合計額をご記入下さい。
【計額欄】
年金収入 ○〇円
+ パート収入 △△円
合計 ●●●円

ご家族の収入増・減等が扶養から外す場合のみ、この欄に扶養開始日をご記入下さい。



調査表について

調査対象者について、7月下旬にご自宅または、人事宛に発送



提出期限

平成24年度8月31日(金)必着



調査表について

調査対象者について、7月下旬にご自宅または、人事宛に発送



提出期限

平成24年度8月31日(金)必着



今回対象ではない被扶養者(調査表は送りません)

- ・平成24年6月1日以降に、認定を受けた被扶養者
- ・平成6年4月1日以降に生まれた被扶養者(高校生以下)
- ・事前に当組合が調査不要と判断した被扶養者

※調査表を期限内にご提出いただけない場合は、
被扶養者資格停止の承諾を頂いたものとし、
資格停止の処理を行いますので、くれぐれも提出漏れのないようにお願いいたします。

保険料適正化のため、ご協力をよろしくお願いいたします。