

被保険者 (本人)	記号		番号		提出年月日	年	月	日
	氏名				事業所名			
	住所 (居所)					電話番号		

※ 被保険者(本人)欄は、検認対象者が2名以上いる場合、2枚目からは「記号」「番号」「氏名」のみ記入してください。

検認対象 被扶養者 (家族)	氏名				続柄			
	生年月日	昭	平	年	月	日	年齢(提出日時点)	

下記の1～3について、「はい」または「いいえ」に☑をつけ、さらに該当する項目に☑および必要事項を記入してください。
必要な添付書類は、☑をつけた横のアルファベット【A】～【V】を、別紙「添付書類および確認事項一覧」にて確認してください。

(注) この届を提出しない場合は、検認基準日(令和6年11月1日)をもって被扶養者解除いたします。

1. 収入についての確認

現在収入がありますか(提出年月日時点の状況をご報告ください。)

はい いいえ 該当する項目に☑をつけ、必要事項を記入してください。

令和5年中も収入なし **A**

令和5年中に収入あり(退職し、現在収入がない方等) **B**

学生: 全日制(大学・専門学校等) **C** 【学校名 _____】

学生: 夜間・通信・予備校・大学院・科目等履修生等(いずれかに○をつけてください。) **D** 【学校名 _____】

その他 【 _____】

※65歳以上の方はご回答ください。
年金は繰下げ受給予定ですか はい いいえ

① すべての収入に☑をつけ、必要事項を記入してください。

給与収入(パート・アルバイト等) **E** 年間収入(_____ 円)
勤務開始時期が令和5年1月以降の場合は、勤務開始日を記入(令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

年金収入(老齢・障害・遺族・共済・年金基金・企業年金・恩給等) **F** 年間収入(_____ 円)

自営業・農林漁業・利子・不動産・配当収入等 **G** 年間収入(_____ 円)

アルバイト【学生(全日制)大学・専門学校等】 **H** 年間収入(_____ 円) 【学校名 _____】

アルバイト【学生(夜間・通信・予備校・大学院・科目等履修生等)※いずれかに○をつけてください】 **I** 年間収入(_____ 円) 【学校名 _____】

失業保険受給中または令和5年1月以降に受給終了 **J** 受給日額(_____ 円)

傷病手当金受給中 **K** 受給日額(_____ 円)

その他 【 _____】

※65歳以上で年金収入のない方はご回答ください。
年金は繰下げ受給予定ですか はい いいえ

② 上記収入の合計額は年間収入130万円(60歳以上の方は180万円(※1))を超えていますか。

(失業保険、傷病手当金受給中の方は受給日額が3,612円を超えていますか。)

はい いいえ ※1 60歳以上または障害年金を受けられる程度の障害者

給与収入が有りの方、一時的な収入変動により、勤務先事業主の証明書や申立書の交付を受けていますか。

※給与収入以外の収入がある方はいいえに進んでください。

はい いいえ

被扶養者として認定できません。下記①または②を提出してください。

- ①必要書類を添付してこの【検認調書】を提出(内容を確認のうえ、被扶養者に該当しない場合は、検認基準日(令和6年11月1日)をもって被扶養者解除いたします。)
- ②【被扶養者(異動)届】にて被扶養者解除の届出(事業所担当者に伝えてください。)

勤務先の事業主が交付した証明書や申立書の提出により、継続して被扶養者と認められる場合があります。

「年収(130万円)の壁」 **L** または 「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方」 **M**

2. 同居・別居の確認（住民票住所ではなく、居所について）

被保険者と同居していますか

はい いいえ 住所を記入【 _____ 】

別居の理由に☑をつけ、仕送り金額を記入してください。

- | | | | | |
|--|-----------------------|--------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> 通学のため（全日制） | N | 仕送り額（月 | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 通学のため（夜間・通信・予備校・大学院・科目等履修生 等） | P | 仕送り額（月 | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 単身赴任（会社都合） | O | 仕送り額（月 | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 単身赴任（自己都合） | P | 仕送り額（月 | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 海外居住 | Q および P | 仕送り額（月 | _____ | 円） |
| ※ Q にて、「国内居住要件の例外」に該当しているか確認してください。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 該当している 例外該当事由番号【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 該当していない | | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記理由以外 | P | 仕送り額（月 | _____ | 円） |
| 他の者と共同で扶養している場合には、他の者からの送金額等を記入
続柄【 _____ 】 送金額【月 _____ 円】 | | | | |

海外に居住していますか

はい いいえ

Qにて、「国内居住要件の例外」に該当しているか確認してください。 **Q**-② または **Q**-④

3. 夫婦共同扶養の確認（配偶者が被扶養者認定されている場合には回答不要です。）

配偶者が被扶養者認定されていない場合には必ずご回答ください。

夫婦共同扶養は子に限りません。

● 夫婦共働きの場合には、下記のとおり夫婦双方の収入を比較いたします。

- 夫婦双方の年間収入を比較し、年間収入の多い方の被扶養者とする。
- 夫婦双方の年間収入の差額が、年間収入が多い方の1割以内である場合は、届出により主として生計維持をする者の被扶養者とする。

※ 検認対象者が2名以上いる場合は、記入は1名のみで結構です。

被保険者（本人）に配偶者はいますか

はい いいえ

配偶者は現在収入がありますか（「産前産後・育児 等の休業」または「休職中」の方は「はい」に進んでください。）

はい いいえ 現在の状況を記入【 _____ 】

配偶者の収入状況に☑をつけ、必要事項を記入してください。

該当するアルファベットの配偶者に関する書類を添付してください。

配偶者の氏名を記入【 _____ 】 ※添付書類との突合のため

- | | | | | |
|---|----------|-------------|-------|--------------|
| <input type="checkbox"/> 給与収入 | R | 月収（ | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 自営業・農林漁業・利子・不動産・配当収入 等 | S | 年間収入（ | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 産前産後休業中 | T | 休業前の月収（ | _____ | 円） |
| | | 休業期間(予定) 令和 | _____ | 年 _____ |
| | | | _____ | 月 _____ |
| | | | _____ | 日 ~ 令和 _____ |
| | | | _____ | 年 _____ |
| | | | _____ | 月 _____ |
| | | | _____ | 日 |
| <input type="checkbox"/> 育児休業中 | T | 休業前の月収（ | _____ | 円） |
| | | 休業期間(予定) 令和 | _____ | 年 _____ |
| | | | _____ | 月 _____ |
| | | | _____ | 日 ~ 令和 _____ |
| | | | _____ | 年 _____ |
| | | | _____ | 月 _____ |
| | | | _____ | 日 |
| <input type="checkbox"/> 傷病手当金受給中 | U | 受給日額（ | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> 失業保険受給中 | V | 受給日額（ | _____ | 円） |
| <input type="checkbox"/> その他 | | 【 _____ | _____ | _____】 |