

## 被扶養者の資格確認調査について

本組合における被扶養者の認定については「被扶養者認定基準及び取扱い」に基づき、組合員との生計維持関係や収入状況等の要件を満たすことを確認のうえ行っているところですが、時間の経過とともにその要件から外れている方もいるため、地方公務員等共済組合施行規程第97条に基づき、被扶養者の資格確認調査(検認)を行うこととしております。

つきましては、本年も下記により実施いたしますので、締切日まで関係書類をご提出くださるよう、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、資格確認調査の過程で、被扶養者が認定の要件を満たしていないことが判明した場合は、組合員様より被扶養者取消申告書を提出していただくこととなります。

また、正当な理由なく資格確認調査に応じていただけない場合は、被扶養者資格の認定取消しを行うこととなりますので、ご留意ください。

### 記

#### 1 調査対象

令和7年4月1日時点で年齢が18歳以上の被扶養者で、令和7年3月31日までに認定された方。(任意継続組合員除く)

また、父母・祖父母等の夫婦のうち一方だけが認定されているとき、夫婦合算収入を確認し、認定要件を満たしているか調査する必要があるため、父母・祖父母等の夫婦のうち認定されていない方。

#### 2 調査対象期間

令和6年1月1日から令和7年6月30日まで

#### 3 調査内容

調査対象者にかかる収入状況等

#### 4 調査方法

共済事務担当課を通じて、調査対象者を扶養している組合員に対して「被扶養者資格確認届書」を送付し、調査対象者の収入等の記載内容と添付書類を併せて調査します。

#### 5 提出書類

- (1) 「被扶養者資格確認届書」
- (2) 被扶養者資格確認提出書類一覧表(確認届書裏面)に掲げる提出書類
- (3) 「被扶養者取消申告書」(扶養認定取消に該当していた場合すぐにご提出ください)

#### 6 提出締切日

所属所の共済組合事務担当課にご確認ください。

#### 7 医療費の返還

被扶養者の要件を欠いているにもかかわらず、被扶養者の取消申告を行わずに医療機関等を受診していた場合には、その診療に係る共済組合の給付は組合員から全額返還していただくこととなります。

#### 8 提出書類に係る注意事項

詳細については、共済のあゆみ7月号及び「被扶養者資格確認調査実施要領」にてご確認ください。

担当：保険課資格調定係	TEL 022 (263) 6415	FAX 022 (266) 8276
-------------	--------------------	--------------------

## 給与等支払証明書(資格確認用)

資格

R0704

組合員等記号番号	-	所属所	
組合員氏名			

宮城県市町村職員共済組合の被扶養者の資格申請(認定・取消)及び資格確認調査において、給与等の収入を把握する必要がありますので、下記の事項について証明願います。

雇用契約等の状況			
雇用契約者氏名		生年月日	昭和 年 月 日
雇用開始日	令和 年 月 日	雇用契約更新の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
雇用契約期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
賃金	<input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 月給	円	賞与 <input type="checkbox"/> 有 (年 回) <input type="checkbox"/> 無
勤務形態	1日の勤務時間 時間	1月の勤務日数	日
社会保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入	雇用保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 非加入
離職日	令和 年 月 日	扶養手当の支給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考	※扶養替えにより扶養手当の支給に変更の予定がある場合など記入してください。		

## 給与等支払状況(通勤手当は除いて、記入してください)

- 新たに認定申告する場合は、認定要件を備えた日の属する月を基準に過去3ヶ月の支給実績及び申請月から向こう1年間の見込み額を記入してください。
- 子の扶養替えを行う場合には、扶養替えとなる要件を備えた日の属する月を基準に配偶者の過去1年分の支給実績及び今後1年間の見込み額を記載してください。
- 資格確認調査について記入する場合は調査実施年を基準に、前年1月から基準年の6月までの支給実績を記入してください。
- 下記の支払期間において賞与等の支払があった場合(見込み含む)記入してください。
- 取消申告の場合は、前年の1月から申請月までの支給実績を記入してください。

支払年月	給与等支払額	賞与等支払額等		支払年月	給与等支払額	賞与等支払額	
令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月	令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月
令和 年 月		対象期間	月 ~ 月	令和 年 月		対象期間	月 ~ 月
令和 年 月		支給額		令和 年 月		支給額	
令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月	令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月
令和 年 月		対象期間	月 ~ 月	令和 年 月		対象期間	月 ~ 月
令和 年 月		支給額		令和 年 月		支給額	
令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月	令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月
令和 年 月		対象期間	月 ~ 月	令和 年 月		対象期間	月 ~ 月
令和 年 月		支給額		令和 年 月		支給額	
令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月	令和 年 月		賞与支給月	令和 年 月
令和 年 月		対象期間	月 ~ 月	令和 年 月		対象期間	月 ~ 月
令和 年 月		支給額		令和 年 月		支給額	
給与計		賞与計		給与計		賞与計	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

給与等支払事業所の名称又は支払者

印

電話番号

## 仕送り状況申立書

資格

組合員等 記号番号	—	所属所	
組合員氏名			
被扶養者氏名		続柄	

1 仕送りを行っている者

私だけが仕送りをしている。

仕送り月額	円
仕送り年額	円

私以外の親族も合わせて仕送りをしている。

続柄	続柄
氏名	氏名
仕送り月額	円
仕送り年額	円

2 送金方法(原則送金額の確認できる方法)

銀行       郵便局       現金書留

※ 送金額が確認できる書類を添付してください。

また、被扶養者資格確認調査時に、領収書等を過去1年分提出していただきますので、領収書等は大切に保管してください。

その他 ( )

※ 現金で手渡しの場合は、共済組合が生活実態等を勘案のうえ、手渡しが合理的でやむを得ない状況と認めた場合に限り認められます。

なお、手渡しの場合は、具体的な生計維持状況を記載してください。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

上記のとおり別居している親族について、私が主として生計を維持し、援助していることを申し立てます。

令和      年      月      日

組合員氏名  
\_\_\_\_\_

(【組合員氏名】は自ら署名してください)

所属所  
受付印

共済組合  
受付印

## 仕送り額等報告書

資格

組合員等 記号番号	—		所属所		
組合員	氏名				
	住所				
被扶養者	氏名			続柄	
	住所				
仕送り年月		受渡年月日		仕送り金額	
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
令和	年	月	令和	年	月 日 円
計					0 円
仕送り状況は上記のとおりで相違ありません。					
令和 年 月 日					
組合員氏名					
_____					
被扶養者氏名					
_____					
（【組合員氏名】【被扶養者氏名】は自ら署名してください）					
					

## 被扶養者の収入確認に当たっての「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書

当事業所において雇用されている下記被扶養者<sup>※1</sup>については、雇用契約により本来想定される年間収入が被扶養者の収入要件である 130 万円未満<sup>※2</sup>です。この事業主記載欄に記載された期間に係る収入増については、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的なものであることを証明します。

※1 新たに被扶養者としての認定を受けようとする者を含みます。

※2 60 歳以上の者又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者については、180 万円未満となります。

### 【組合員・被扶養者記載欄】

提出年月日 <sup>※3</sup>		令和	年	月	日
組合員	(フリガナ) 氏 名				
	組合員等記号・番号				
被扶養者	(フリガナ) 氏 名				
	組合員等記号・番号				

※3 組合員の所属所や地方公務員共済組合に提出する際に記載してください。

### 【被扶養者を雇う事業主の記載欄】

事業所所在地	〒 ー				
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号					
雇用契約により本来想定される年間収入					円
人手不足による労働時間延長等が行われた期間	令和	年	月	から	
	令和	年	月	まで	
上記期間における当事業所での労働による収入額（実績額）					円

※4 本証明書は、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、組合員から組合員の所属所や共済組合に提出する書類となります。

※5 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。