被扶養者の資格確認調査について

本年も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)を実施いたしますが、本年からの変更点として、マイナンバーを活用した情報連携により、所得証明書(被扶養者資格確認届書にて共済組合が地方税関係情報を取得することに被扶養者本人が同意をしたとき)と公的年金の年金改定通知書の写しの添付が不要となります。つきましては、関係書類等を締切日までに提出くださいますようお願いいたします。

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、併せて組合員から被扶養者取消申告書を提出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、被扶養者資格の取消しを行うこととなりますので、締切日までの提出にご協力をお願いたします。

記

1 調查対象

令和4年4月1日時点で年齢が18歳以上の被扶養者で、令和4年3月31日までに認定された方。

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 調查対象期間

令和3年1月1日から令和4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 調查方法

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)

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

別紙 1

給与等支払証明書(資格確認用)

資格

組合員証記号番号

所属所

組合員氏名

R0404

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

| 101/至 9 つル | <u>公女/1907</u> | 7 x 9 07 C , 1 | pLVノ サ イ | 見に フィ・(| | <u> </u> | | | | | |
|------------|----------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|-------|----------|---------------|------|----|------|-----|
| 雇用契約等 | 学の状況 | | | | | | | | | | |
| 雇用契約 | 者氏名 | | | | 生年月 | 日 | 昭和 | 年 | | 月 | 日 |
| 雇用開始 | 始日 | 令和 | 年 | 月 | 月 | 雇 | 用契約更 | 新の可能 | 性 | □有 | □無 |
| 雇用契約 | 期間 | 令和 | 年 | 月 | 月 | から | 令和 | 年 | | 月 | 月 |
| 賃金 | □時給 | ὶ□日給 | □月給 | | | 円 | 賞与 | □有 | (年 | 回) | □ 無 |
| 勤務形 | 態 | 1日の勤務 | 時間 | | 時間 | - | 1月の勤務 | 8日数 | | 日 | |
| 社会保険加 | 1入状況 | ロガ | 八 | □非加 | 八 | 雇 | 用保険加 | 入状況 | | 加入 🗌 | 非加入 |
| 離職 | 日 | 令和 | 年 | 月 | 月 | ŧ | 夫養手当 の | の支給 | | 有 📗 | 無 |
| 備考 | Š | ※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。 | | | | | | | | | |
| | 以中海 | (海勘壬平) | ナドクレハフ | ~ 計 1 1 | ナノだちし | ,) | | | | | |

| 給与等支払状況 (通勤手当は除いて、記入してください)

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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 | \sim | 月 | 令和 | 年 | 月 | | 対象期間 | 月 | \sim | 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 | \sim | 月 | 令和 | 年 | 月 | | 対象期間 | 月 | \sim | 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 | \sim | 月 | 令和 | 年 | 月 | | 対象期間 | 月 | \sim | 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 | \sim | 月 | 令和 | 年 | 月 | | 対象期間 | 月 | \sim | 月 |
| 令和 年 月 | | 支給額 | | | | 令和 | 年 | 月 | | 支給額 | | | |
| 給与計 | | 賞与計 | | | | 糸 | 与計 | ŀ | | 賞与計 | | | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 H 令和

給与等支払事業所の名称又は支払者

電話番号

(EII)

仕送り状況申立書

資格

| 組合員 記号番 | | | | _ | | 所 | 属所 | | | | |
|-----------------|----------------------|-------|-----|------|-------------|------|------------|--------------|-----------|--------------|---|
| 組合員」 | 氏名 | | | | | | | | | | |
| 被扶養者 | 氏名 | | | | | | | 続柄 | | | |
| 1 仕追 | 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 | F額 | | 円 |
| | 私以外 | の親族 | も合わ | っせて仕 | 比送りをし | ている。 |) | | | | |
| | 続 | 柄 | | | | | _ | 続柄 | i | | |
| | 氏 | :名 | | | | | _ | 氏名 | | | |
| | 仕送 | り月額 | | | | 円 | _ | 仕送り月 | 額 | | 円 |
| | 仕送 | り年額 | | | | 円 | _ | 仕送り年 | F額 | | 円 |
| 2 送金 | ≳方法(∫ | 原則送金 | を額の | 確認で | きる方法 | () | | | | | |
| | 銀行 | | | 郵便局 | i | | 現金 | :書留 | | | |
| * | 送金額 | が確認で | できる | 書類を | 添付して | ください | \ 0 | | | | |
| | また、袖 | 皮扶養者 | 資格 | 確認調 | 査時に、 | 領収書 | 等を対 | 過去1年分 | 提出 | 出していただきますので、 | |
| | 領収書 | 等は大 | 切に他 | 呆管して | てください | 6 | | | | | |
| П | その他 | (| | | | | | | | |) |
| * | 現金で | で手渡し | の場合 | 合は、井 | 埃済組合 | が生活 | 実態等 | 岸を勘案の | うえ、 | チ渡しが合理的で | |
| | やむを | 得ない場 | 犬況と | 認めた | 場合に阻 | 砂認め | 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 | てくだ | さい。 | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 上 | 記のとお | おり別居で | してい | る親族 | について | こ、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 | F | 3 | | | | | |
| | 組合 | 員氏名 | | | | | | | | | |
| | (【組合員氏名】は自ら署名してください) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | f属所 e付印 | | | | 共済; 受付 | | |
| | | | \ | | | | | | | | |

仕送り額等報告書

資格

| 組合員証 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 | 丰月 日 | | | 仕送り金額 | |
| 令和 | 年 | 月 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 令和 | 年 | 月 | П | | | 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 | П | | | 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 | П | | | 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 |
| | 仕边 | きりお | 沈は上記 | 己のとお | りで相違 | きありま1 | せん。 | | |
| | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | _ | 組合員 | 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) | | | | | | | | | |
| | | | 所属) 受付! | | | | , 共済組合 受付印 | | |

事 情 書

新型コロナウィルス感染拡大による業務量の増加に伴い、<u>(氏名)</u> の給与について、一時的な事情による増加が発生しております。

該当期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月支給分 賃金支払状況(通勤手当は除いてご記入ください)

| = | 支払年月 | | 実支給額 | 恒常見込み額 (※) |
|----|------|---|------|------------|
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |
| 令和 | 年 | 月 | 円 | 円 |

※ 例年通りの業務量の場合に見込まれていた支給額をご記入ください。

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電 話 番 号

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 |
|----------|---------------|----|---|---|-----|
| 組合員(申請者) | (フリガナ) 氏 名 | | | | |
| | 組合員等記号・番号 | | | | |
| | (フリガナ) | | | | |
| 被扶養者 | 氏 名 | | | | |
| | 組合員等記号・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】

| | * * ***** | | <u> </u> | VI VIIV WINDERS WINDER |
|----|-----------|-----------|-------------------------|--|
| 事 | 業 所 所 在 | 地 | 〒 − | |
| 事 | 業 所 名 | 称 | | |
| 事 | 業 主 氏 | 名 | | |
| 電 | 話番 | 号 | | |
| 新型 | ピコロナウィ | イル | スワクチン接種業務へ | |
| | í. | 羊事 | した期間 | |
| | 上記期間中 | のワ | 7クチン接種業務へ | П |
| 従 | 事したこと | によ | くる収入額 (実績額) | 円 |
| * | 以下の全て | のリ | 頁目に該当していること | こを確認し、チェックして下さい。 |
| | 1 対象 | とな | | 5、□歯科医師、□薬剤師、□看護師等(注)、 |
| | □診療抗 | 枚射 | 線技師、□臨床検査技的 | 师、□臨床工学技士、□救急救命士)として新型 |
| | コロナワ | 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 | る職種をチェックして [・] | 下さい。) |
| | 2 上記(| の収. | 入額については、対象 & | :なる被扶養者が、新型コロナウイルスワクチン |
| | の接種ӭ | 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、組合員から組合員の所属所や組合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。