

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している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、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いたします。

記

1 調査対象

令和 5 年 4 月 1 日時点で年齢が 18 歳以上の被扶養者で、令和 5 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 調査対象期間

令和 4 年 1 月 1 日から令和 5 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。
※白石市外二町組合の任意継続組合員については、ご自宅へ直接送付します。

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。

給与等支払証明書(資格確認用)

資格

R0504

組合員証記号番号	—	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	☐ 有 ☐ 無
雇用契約期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
賃金	☐ 時給 ☐ 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月の勤務日数	日
社会保険加入状況	☐ 加入 ☐ 非加入	雇用保険加入状況	☐ 加入 ☐ 非加入
離職日	令和 年 月 日	扶養手当の支給	☐ 有 ☐ 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
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

電話番号

印

仕送り状況申立書

資格

組合員証 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

氏名

仕送り月額

円

仕送り年額

円

続柄

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
計							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)							
所属所 受付印 共済組合 受付印							

事 情 書

新型コロナウイルス感染拡大による業務量の増加に伴い、(氏名)
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	
被扶養者	(フリガナ) 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】

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。		
☐	1 対象となる被扶養者は、（ ☐ 医師、 ☐ 歯科医師、 ☐ 薬剤師、 ☐ 看護師等（注）、 ☐ 診療放射線技師、 ☐ 臨床検査技師、 ☐ 臨床工学技士、 ☐ 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。）	
☐	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、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。