

被扶養者調査回答・申告書

・裏面を御覧いただき「家族種別」に応じた書類を添付の上、提出してください。
 ・被扶養者の要件を欠いている場合(裏面参照)は、「認定取消」で申告してください。

※ 該当する□に'レ'を記入してください。

引続き認定・変更 認定取消

課長		課長補佐		係長		係		担当者		共済組合 受付印
決裁日			データ入力日							

組合員証	記号	番号	組合員氏名	生年月日	性別	配偶者	所属機関名(市・町・村・一部事務組合等の名称)	標準報酬の月額	変更分	証交付日
				昭 年 月 日	男・女	有・無		円		交付証名称

調査対象被扶養者	組合員との続柄	フリガナ	生年月日	年齢	性別	配偶者	現住所	調査事項	⑩ 認定取消
	氏名		昭 年 月 日		男・女	有・無	組合員と同居・別居	家族種別	事由

調査回答・申告	① 組合員の扶養手当の支給に関する証明(調査対象被扶養者に係る扶養手当)			給与事務担当者証明印	④ 調査対象被扶養者の年間収入額(調査日現在の恒常的な収入の状況を記入してください。)			⑤ 組合員以外の者の扶養手当受給状況			⑪ 離脱証明書の発行(認定取消の場合)					
	<input type="checkbox"/> 支給あり <input type="checkbox"/> 平成 年 月 から支給開始 <input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 支給なし <input type="checkbox"/> 平成 年 月 から支給停止 <input type="checkbox"/> 支給基準を満たさない			⑨	収入の種類			年間収入額			<input type="checkbox"/> 受給していない。 <input type="checkbox"/> 受給している。氏名 続柄			<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	② 調査対象被扶養者の現在の生活状況				<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事専念 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 求職中(<input type="checkbox"/> 未定、 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日就職予定) <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 事業収入、営業収入 円 <input type="checkbox"/> 不動産収入 円 <input type="checkbox"/> 農業収入 円 <input type="checkbox"/> 利子、配当収入 円			⑥ 組合員と別居の場合、調査対象被扶養者が扶養義務者から受け取っている生計費			<input type="checkbox"/> 組合員判定 <input type="checkbox"/> 認定取消 事由		
	<input type="checkbox"/> 学生 学校等の名称 所在地 年 月 間 種類 <input type="checkbox"/> 小中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 卒業予定 平成 年 月 区分 <input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 昼間部 <input type="checkbox"/> 夜間部 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 老齢厚生 <input type="checkbox"/> 退職共済 <input type="checkbox"/> 老齢基礎 <input type="checkbox"/> 障害厚生 <input type="checkbox"/> 障害共済 <input type="checkbox"/> 障害基礎 (級) <input type="checkbox"/> 遺族厚生 <input type="checkbox"/> 遺族共済 <input type="checkbox"/> 遺族基礎 <input type="checkbox"/> 厚生年金基金 <input type="checkbox"/> 企業年金 <input type="checkbox"/> 国民年金基金 <input type="checkbox"/> 農業者年金 <input type="checkbox"/> 個人年金 <input type="checkbox"/> その他()			⑦ 夫婦共同扶養における扶養義務者の年間収入			<input type="checkbox"/> 組合員 年収 円 配偶者氏名 年収 円 (組合員との続柄)			<input type="checkbox"/> 引続き認定・変更 調査予定日			
	<input type="checkbox"/> 進学浪人 <input type="checkbox"/> 予備校 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ハート <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 専従者 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> 雇用保険の失業給付(受給期間中は、基本手当日額×360で年額換算) <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 育児休業手当金(受給期間中は、日額×360で年額換算) <input type="checkbox"/> その他()			⑧ 相互扶助における扶養義務者の年間収入			<input type="checkbox"/> 組合員 年収 円 氏名 年収 円 (組合員との続柄)			家族種別 摘要			
	③ 雇用保険受給状況(「家族種別」が11、12、13の場合に記入してください。)			<input type="checkbox"/> 受給あり 受給期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 基本手当日額 円 <input type="checkbox"/> 受給なし 延長理由: 平成 年 月 日受給開始予定。			<input type="checkbox"/> 雇用保険未加入、 <input type="checkbox"/> 加入月不足、 <input type="checkbox"/> その他			⑨ 被扶養者証回収日(取消等分)			所属所回収日 平成 年 月 日 共済組合回収日 平成 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 延長中 平成 年 月 日受給開始予定。 <input type="checkbox"/> 受給資格期限切れ <input type="checkbox"/> 受給権放棄 <input type="checkbox"/> 受給権なし			合計金額			円			所属所 受付印						

下記の調査対象者は、長野県市町村職員共済組合が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第二の主務省令で定める事務及び情報を定める命令第三十一条の二に規定する事務手続(組合員被扶養者証の検認又は更新に関する事務(第十号ロ))を処理するために限って地方税関係情報について取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の認定に限っての同意であります。

上記のとおり回答・申告します。
 長野県市町村職員共済組合理事長 様
 平成 年 月 日
 住所
 申告者(組合員) 氏名 ⑨

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。
 平成 年 月 日
 職名
 所属所長
 氏名

同意書

同意者	フリガナ
調査対象被扶養者	氏名

* 所得証明書添付必要者が自ら同意者欄に署名することにより、所得証明書の添付は省略でき、組合で署名者の地方税関係情報を取得します。代理人が同意書に署名する場合、必要とする者の委任状も必要となります。他に扶養義務者がいる場合は、当該者の所得証明書などの添付が必要です。

⑨

参考 被扶養者調査について

共済組合では、被扶養者として認定されている者について、随時、その者が被扶養者の要件を備えているかどうかの調査を実施しています。

この調査により被扶養者の要件を備えていないことが判明した場合は、被扶養者の認定取消を行い、認定取消日以後に発生した給付金がある場合は、返還していただくことになります。

認定要件を欠くこととなる主なケース	[内容は平成30年07月現在]
1 被扶養者が、短期給付を行っている共済組合の組合員、健康保険の被保険者又は船員保険の被保険者となったとき。	
2 組合員以外の者が、被扶養者について扶養手当又はこれに相当する手当を受けることとなったとき。	
3 被扶養者の恒常的な所得が年額130万円（月額108,334円）以上となったとき。ただし、その者の所得の全部若しくは一部が公的年金等のうち障害を支給事由とする給付に係る所得である場合又は60歳以上の者であってその者の所得の全部若しくは一部が公的年金等に係る所得である場合にあっては、年額180万円以上となったとき。	
(注) 雇用保険の失業給付や傷病手当金については、基本手当日額や給付日額により収入を年額換算しますので、基本手当日額や給付日額が3,612円（上記ただし書の者は5,000円）以上の給付金を受給することとなったときには、その受給期間中は被扶養者になれません。（注：給付金以外に恒常的な収入がある方は、それらの年収も含めます。）	
4 組合員と同一世帯に属することを要件とする被扶養者（義父母等）が、別居したとき。	
5 組合員と離婚したことにより事実上婚姻関係がなくなったとき。	
6 被扶養者が死亡したとき。	

被扶養者調査回答・申告書の記入方法

- 「組合員証記号」欄から「現住所」欄まで組合員及び調査対象被扶養者について記入してください。
- 「① 組合員の扶養手当の支給に関する証明」…給与事務担当者の方の証明を受けてください。
- 「② 調査対象被扶養者の現在の生活状況」、「③ 雇用保険受給状況」…該当箇所の口に「レ」を記入し、必要事項を記入してください。
- 「④ 調査対象被扶養者の年間収入額」…調査日現在の恒常的な所得（年間収入をいいます）について該当箇所の口に「レ」を記入し、その年間収入額を記入してください。なお、事業収入、営業収入、不動産収入などで経費の支出を要するものについては、収入金額から売上原価、給料・賃金、光熱給水費、修繕費、消耗品費を控除した後の金額を記入してください。（注：所得税法上の所得額とは異なる場合があります。）
- 「⑤ 組合員以外の者の扶養手当受給状況」…組合員以外に扶養義務者がいる場合は、該当箇所の口に「レ」を記入し、受給している場合は、受給している者の氏名及び続柄を記入してください。
- 「⑥ 組合員と別居の場合、調査対象被扶養者が扶養義務者から受け取っている生計費」…調査対象被扶養者が受け取っている生計費（仕送り額などの額）を記入してください。
- 「⑦ 夫婦共同扶養における扶養義務者の年間収入」…夫婦共同扶養の場合に記入してください。
- 「⑧ 相互扶助における扶養義務者の年間収入」…相互扶助の場合に記入してください。組合員及びその他の扶養義務者（祖父母の場合は父母兄弟姉妹など）について記入してください。
- 「⑨ 被扶養者証回収日」…認定取消又は訂正記載事項訂正により所属所担当者の方が組合員から組合員被扶養者証を回収した日を記入してください。
- 「⑩ 認定取消」…認定取消で提出される場合、「事由」欄はその状況により死亡、離婚、就職（健康保険加入）、所得の増加、雇用保険受給開始、別居、扶養の付替、離縁などと記入し、その発生日も併せて記入してください。
- 「⑪ 離脱証明書の発行」…認定取消で提出される場合、該当箇所の口に「レ」を記入してください。

家族種別に応じた添付書類について

家族種別	コード	区分	コード	区分	コード	区分
	5	学生等	22	事業所得等	33	療養者
11	雇用保険待機者	23	相互扶助	41~49	障害者	
12	雇用保険再調査	24	夫婦共同扶養	65	65歳到達者	
13	雇用保険延長	31	求職者	72~79	高齢者	
21	収入基準額	32	無収入者			

○・・・添付必須

△・・・状況により添付必要

「調査対象者」・・・調査対象被扶養者をいう。「扶養義務者」・・・組合員以外の扶養義務者をいう。

家族種別コード		5	11	21	23	24	31	41	65	72
添付書類			12	22			32	~		~
			13				33	49		79
	所得証明書【18歳以上の者】 (同意書欄への署名により略可)	調査対象者		○	○	○	○	○	○	○
所得証明書(原則)	組合員				△	△				
所得証明書	扶養義務者				○	○				
給与支払等証明書(所定の様式あり)若しくは雇用契約書及び給与明細書の写し【△ 給与収入があるとき添付必要】	調査対象者	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	扶養義務者				△	△				
確定申告書・収支内訳書の写し【△ 事業・営業・農業等の収入があるとき添付必要】	調査対象者		△	△	△	△	△	△	△	△
	扶養義務者				△	△				
雇用保険受給資格者証(第1面から第4面)の写し、雇用保険の受給に関する証明書(所定の様式あり)又は延長手続きが確認できる書類			○							
年金支払通知書、年金決定通知書又は年金改定通知書の写し【△ 退職・高齢・通算高齢・障害・遺族の年金】【△ 年金を受給しているとき添付必要】	調査対象者			△	△		△	△	△	△
	扶養義務者				△					
基金年金、企業年金、農業者年金、個人年金の支払通知書の写し【△ 年金を受給しているとき添付必要】	調査対象者			△	△		△	△	△	△
	扶養義務者				△					
身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し【△ 同手帳の交付を受けているとき添付必要】							△	△		
在学証明書【△ 引続き学生で、扶養手当を受給していないとき添付必要】		△								

・ 状況により、その他の確認書類の提出をお願いする場合があります。

・ 認定取消の場合は、組合員被扶養者証及び取消事由によってはその事実を確認できる書類(就職先の健康保険証等の写し、戸籍、雇用契約書の写し、雇用保険受給資格者証の写し、年金改定通知書の写しなど。)を添付してください。