

東社労第54号-2
平成24年5月9日

支部長 各位

東京都社会保険労務士会
会長 柏木 弘文
(公 印 省 略)

平成24年度の健康保険被扶養者資格再確認業務
に係る社会保険労務士への周知依頼について

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当会の事業運営につきまして、格別なご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたび、平成24年4月25日付別添協東京支部発第120425-08号にて、全国健康保険協会東京支部より、平成24年度の健康保険被扶養者資格再確認業務に係る社会保険労務士への周知依頼がありました。

つきましては、同内容についてご確認いただきますとともに、貴支部所属会員の皆様への周知方よろしくお願いいたします。また、別添写しにて、貴支部が所属する統括支部長宛て依頼いたしましたので、ご承知おきくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、本件に関しましては、会報6月号に掲載するとともに、本会ホームページ（会員ページ）に登載することとしておりますので申し添えます。

(担当：業務課 荻部)



東社労第54号
平成24年5月9日

統括支部長 各位

東京都社会保険労務士会
会長 柏木 弘文
(公 印 省 略)

平成24年度の健康保険被扶養者資格再確認業務
に係る社会保険労務士への周知依頼について

時下 ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当会の事業運営につきまして、格別なご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、このたび、平成24年4月25日付別添協東京支部発第120425-08号にて、全国健康保険協会東京支部より、平成24年度の健康保険被扶養者資格再確認業務に係る社会保険労務士への周知依頼がありました。

つきましては、同内容についてご確認いただきますとともに、貴統括支部所属会員の皆様への周知方よろしくお願いいたします。また、別添写しにて、貴統括支部所属支部長宛て依頼いたしましたので、ご承知おきくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

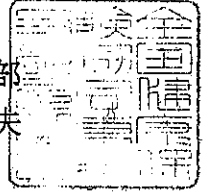
なお、本件に関しましては、会報6月号に掲載するとともに、本会ホームページ（会員ページ）に登載することとしておりますので申し添えます。

(担当：業務課 苅部)

協東京支部発第120425-08号
平成24年 4月25日

東京都社会保険労務士会
会長 柏木 弘文 様

全国健康保険協会東京支部
支部長 矢内 邦夫



平成24年度の健康保険被扶養者資格再確認業務に係る
社会保険労務士への周知依頼について

日頃より全国健康保険協会東京支部の事業運営につきまして、ご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成24年2月29日付にて平成24年度の健康保険被扶養者資格再確認業務について社会保険労務士様が受託された事業所のご提出をお願いしているところですが、実施方法等が示されましたので、別添のとおりご連絡いたします。

なお、当該事業所の被扶養者状況リスト等につきましては、平成24年6月初旬を目途に社会保険労務士様あてに送付することとしております。

つきましては、この取扱いについて、貴会会員様への周知並びにご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。



別添資料の補足説明

「被扶養者状況リストによる被扶養者資格の再確認と提出のお願い」

- ・事業主・加入者様向けの案内です。被扶養者状況リストの記入方法など参考にご覧ください。
- ・再確認業務を受託された社会保険労務士の先生方には、受託事業所の被扶養者状況リスト・リーフレット・被扶養者調書兼異動届・返信用封筒を6月初旬を目途にお送りいたします。（ご提出いただきました、同意事業所一覧の事業所分をまとめてお送りいたします。）

「健康保険被扶養者状況リスト」

- ・対象者の方の情報を記載したリストをお送りいたします。

「健康保険被扶養者調書兼異動届（解除用）」

- ・調査の結果、被扶養者資格を解除する場合に提出いただきます。（該当者の被保険者証を添付してください。）
- ・この様式は、被扶養者資格再確認専用（解除のみ）となっておりますので、通常の被扶養者の異動のお届出にはご使用いただけませんのでご注意ください。
- ・国民健康保険に加入等で被扶養者調書兼異動届の「副」が早急に必要な場合は、管轄の年金事務所へ直接ご提出ください。

「健康保険被扶養者資格再確認調査票」

- ・加入者の方へ確認いただく際にご活用ください。

※被扶養者状況リストをご提出いただく際には、各事業所単位で同封の返信用封筒をご使用ください。

※被扶養者状況リストの内容等について、協会けんぽよりお問い合わせをさせていただく場合がございますので、ご協力をお願いします。

※被扶養者状況リストの提出は、平成24年7月31日（火）までをお願いします。

【参考】

各事業所に直接お送りする被扶養者状況リスト等については、平成24年5月31日より6月末にかけて順次送付することとしています。

健康保険被扶養者資格の再確認について

事業主・加入者のみなさまへ

被扶養者状況リストによる被扶養者資格の再確認と提出のお願い

平素は、当協会の事業運営についてご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、協会けんぽでは、健康保険法施行規則第 50 条に基づき、健康保険の被扶養者となっている方が、現在もその状況にあるかを定期的に再確認することとしています。

つきましては、同封いたしました「健康保険被扶養者状況リスト」により、被扶養者資格を確認していただき、協会けんぽあてご提出いただきますようお願いいたします。

被扶養者資格の再確認は、保険料負担の軽減につながる大切な事務ですので、皆様のご協力とご理解をお願いいたします。（「ご存知ですか」をご覧ください。）

全国健康保険協会（協会けんぽ）

目的

皆様の保険料は、医療費及び高齢者の医療費への拠出金として使用されています。

協会けんぽでは、保険料負担の抑制のため、医療費及び高齢者の医療費への拠出金の適正化を目的に被扶養者の資格を再確認させていただくこととしています。平成 22 年度に実施させていただいた際と同様に、平成 24 年度においても、就職などにより勤務先で健康保険にご自身で加入した方の被扶養者解除の届出が未提出（二重加入）となっていないかを重点的に確認いたします。

提出期限

被扶養者資格の再確認が完了次第ご提出ください。

※最終提出期限は平成 24 年 7 月 31 日（火）ですので、提出遅れのないようご注意ください。

再確認の対象となる方

協会管掌健康保険の被扶養者である方。ただし、次に掲げる方は対象外です。

- ア 平成 24 年 4 月 1 日において 18 歳未満の被扶養者（平成 6 年 4 月 1 日生まれの方は対象となります。）
- イ 平成 24 年 4 月 1 日以降に被扶養者の認定を受けた被扶養者

＜留意点＞

- 上記ア、イに該当する方についても、氏名等がプリントされていますが、確認対象外のため被扶養者資格の再確認の必要はありません。（備考欄に「確認対象外」と表示してあります。）
- 平成 24 年 5 月 16 日現在（年金事務所で入力処理されたもの）の被扶養者がプリントされています。

確認方法

事業主様より被保険者に対して、文書または口頭により、健康保険の被扶養者要件(※)を満たしているかをご確認いただき、要件を満たしていない場合は、被扶養者状況リストにご記入（チェック）をお願いします。

なお、所得税法上の控除対象配偶者または扶養親族になっていることを確認された場合は、被保険者への文書または口頭による確認は不要です。

※健康保険の被扶養者要件については、リーフレットの 4 ページ目「被扶養者の範囲」および「生計維持関係」をご覧ください。

記入方法

確認後の被扶養者状況リストへの記入方法については、以下のとおりです。

- ① 確認の結果、被扶養者から解除される場合→「解除(異動届添付)」に (チェック)をお願いします。
 - ② 「被保険者資格喪失届」、「被扶養者(異動)届」を提出済みの場合→「届出済」に (チェック)をお願いします。
 - ③ 上記①、②のいずれにも該当しない場合→チェックは不要です。そのままご提出ください。
- ※上記いずれの場合も、事業主名称等のご記入と事業主印の押印をお願いいたします。

被扶養者状況リスト(イメージ)

〇〇〇-〇〇〇〇
 〇〇市〇〇町 1-2-3
 〇〇〇〇株式会社 事業主様

記入方法①
 こちらにのうえ、該当の方の異動届および被保険者証を添付ください。

記入方法②
 こちらにください。

健康保険被扶養者状況リスト(協会提出用)

		管轄年金事務所		事業所記号		〇〇-〇〇〇		
保険証の番号	扶養番号	被保険者氏名	被扶養者氏名	被扶養者生年月日	続柄	解除する場合に <input type="checkbox"/>	届出済の場合に <input type="checkbox"/>	備考
1	1	健保 太郎	健保 花子	S44.12.12	配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> 解除(異動届添付)	<input type="checkbox"/> 届出済	
1	2	健保 太郎	健保 次郎	H10.11.11	子	<input type="checkbox"/> 解除(異動届添付)	<input type="checkbox"/> 届出済	確認対象外
2	1	協会 一郎	協会 三郎	S60.2.22	子	<input type="checkbox"/> 解除(異動届添付)	<input checked="" type="checkbox"/> 届出済	

【記入のポイント】

※リストは提出用・事業主控えの2枚1組です。事業主名称等の記入及び事業主印の押印をお願いします。(事業主が自署した時は押印を省略できます。)

また、リストが複数枚ある場合は、2枚目以降の記入、押印は省略して差し支えありません。

「事業主控」はお手元に保管ください。

※18歳未満もしくは平成24年4月1日以降に被扶養者認定を受けたため、今回の再確認は不要です。

平成24年 月 日提出

事業所所在地
 事業所名称
 事業主氏名
 電話番号

印

被扶養者調書兼異動届

確認の結果、解除される被扶養者がいる場合は、同封の「被扶養者調書兼異動届」を記入のうえ該当被扶養者の被保険者証を添付ください。(記入方法は、被扶養者調書兼異動届の裏面に記載しています。)

《注意事項》

- 当様式は被保険者単位となっており、被保険者の押印(自署の場合は省略可)が必要です。
- 当様式は協会けんぽ被扶養者資格再確認実施時(解除)専用ですので、被扶養者の追加、氏名変更等には使用しないでください。
- 高齢受給者証や特定疾病療養受領証等がある場合には、被保険者証と併せて添付ください。
- 「正」「副」ともに協会けんぽにご提出ください。別途、年金事務所より「副」を事業主様へ送付します。
- 国民健康保険加入等により、控えが早急に必要な場合は、管轄の年金事務所へ直接ご提出ください。なお、この場合は、状況リストの「届出済」にチェックのうえ、備考欄に「直接提出」とご記入ください。

提出方法

同封の返信用封筒(協会けんぽ事務局(私書箱)宛)にて、以下のとおりご提出ください。

ア 解除となる被扶養者がいない、または、「**口届出済**」にご記入(☑チェック)の場合

→ 「被扶養者状況リスト」のみご提出ください。

イ 「**口解除(異動届添付)**」にご記入 (☑チェック)の場合

→ 「被扶養者状況リスト」、「被扶養者調書兼異動届」、「被保険者証」をご提出ください。

※被保険者証を送付する際は、被保険者証右下(保険者印)にパンチもしくはハサミを入れてください。

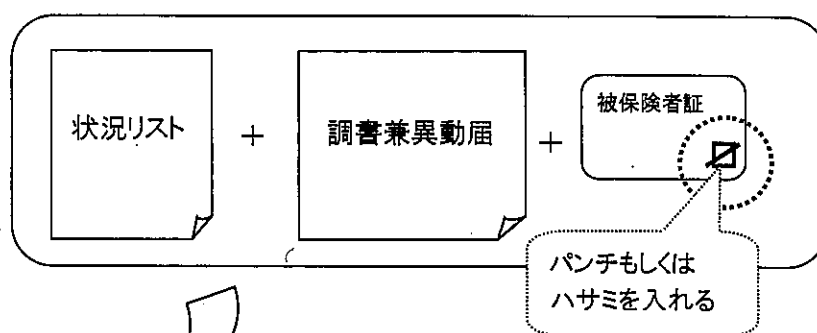
提出方法イメージ

ア. リストのみ

その他添付書類は不要



イ. リストに解除となる方の調書兼異動届及び被保険者証を添付



※専用の返信封筒にてご提出ください。

その他の留意事項等

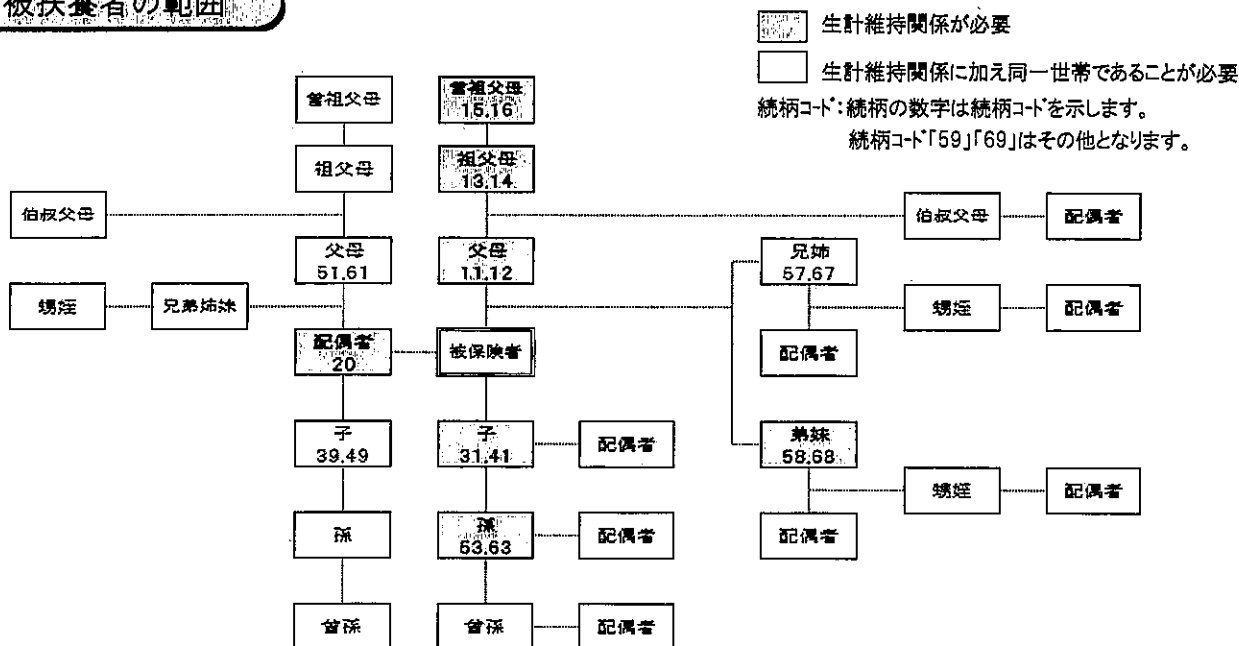
- 平成24年度の被扶養者資格の再確認は、平成22年度同様、収入証明や住民票等の添付は不要です。
- 被保険者本人に文書にて確認する場合の文書例を協会けんぽホームページに掲載していますので、是非ご活用ください。
- 被扶養者調書兼異動届が不足する場合は、管轄する協会けんぽ支部へご連絡いただくか、協会けんぽホームページよりダウンロードください。
- 所得税法上の扶養親族等となっても、現状は健康保険の被扶養者の要件を満たしていない場合は、被扶養者調書兼異動届をご提出ください。

ご存知ですか

高齢者の医療費は、税金、本人負担によるほか、協会けんぽ、健保組合、国民健康保険等の医療保険制度から拠出することになりますが、こうした協会けんぽなどからの拠出金は、各々の制度の加入者(被保険者及び被扶養者)の人数に応じて算出されます。

そのため、本来、健康保険制度上の被扶養者から解除しなければならない方が届出を行っていないと、その被扶養者分についても協会けんぽの拠出金額に追加され、皆様の保険料負担も増えることになります。くわしくは協会けんぽホームページをご覧ください。

被扶養者の範囲



生計維持関係

被扶養者として認定されるには、主として被保険者の収入によって生計を維持されていることが必要です。

ア 被保険者と同居(同一世帯)の場合

扶養家族の年収^(※1)が130万円未満で、かつ被保険者の年収の1/2未満^(※2)であること。

イ 被保険者と同居(同一世帯)でない場合

扶養家族の年収が130万円未満で、かつ被保険者からの仕送り(援助)額より少ないこと。

なお、扶養家族が60歳以上または障害者(障害厚生年金を受けられる程度)の場合は、上記「130万円未満」は「180万円未満」となります。

*1 扶養家族の年収は、給与収入、事業収入、地代・家賃収入などの財産収入、老齢・障害・遺族年金などの公的年金、雇用保険の失業給付などとなります。なお、給与所得者の場合は総収入額、自営業者の場合は最低限の必要経費を引いた残りの収入額が年収となります。

*2 扶養家族の年収が被保険者の年収の1/2を超える場合であっても世帯の生計維持関係から判断し、認められる場合があります。

【通常の「被扶養者(異動)届」の提出】

健康保険の被扶養者となっている方が、次の要件に該当した場合は、速やかに健康保険被扶養者(異動)届に被保険者証を添えて、管轄する年金事務所に提出していただきますようお願いいたします。

○就職などで新たに被保険者となったとき

○被扶養者の年収が130万円(60歳以上または障害者の方は180万円)以上となり、被扶養者となるための要件を満たさなくなったとき

○結婚して他の被保険者の方の被扶養者となったとき

※ 被扶養者の届出に関することは、管轄の年金事務所へお問い合わせください。

被扶養者資格の再確認にかかるお問合せは、管轄する協会支部にご連絡ください。

全国健康保険協会
協会けんぽ
http://www.kyoukaikenpo.or.jp/

届書コード	処理区分
202	

所長	次長	課長	係長	係員

【協会けんぽ被扶養者資格再確認専用】

健康保険被扶養者調書兼異動届（解除用）

被保険者欄	① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	⑦ 被保険者の氏名 フリガナ 被保険者本人自ら署名する場合は押印は不要です。	③ 生年月日 年 月 日	④ 異動 解除2	備考
			印	明.1 大.3 昭.5 平.7	男.1 女.2	
被扶養者欄	⑤ 被扶養者の氏名	⑥ 被扶養者の氏名	⑦ 生年月日 年 月 日	⑧ 性別	⑨ 続柄	⑩ ⑪の理由
	フリガナ	フリガナ	明.1 大.3 昭.5 平.7	男.1 女.2		被扶養者証を添付できない場合は理由を記入してください。
	フリガナ	フリガナ	明.1 大.3 昭.5 平.7	男.1 女.3		添付返不能減失
	フリガナ	フリガナ	明.1 大.3 昭.5 平.7	男.1 女.4		添付返不能減失
	フリガナ	フリガナ	明.1 大.3 昭.5 平.7	男.1 女.5		添付返不能減失
	フリガナ	フリガナ	明.1 大.3 昭.5 平.7	男.1 女.6		添付返不能減失

社会保険労務士の提出代行押印	印
----------------	---

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	() () ()

平成 年 月 日提出

協会けんぽ受付印

年金事務所受付印

正

〇この届書は、協会けんぽ被扶養者資格再確認兼異動専用です。通常の被扶養者の異動では使用できません。
 〇この届書は、被扶養者解除専用となっています。扶養の追加、変更等には使用できません。
 〇解除される方の被扶養者証（高齢受給者証、特定病療養受療証等を含む）を添付してください。
 〇正副2枚とも協会けんぽへ提出してください。別途、年金事務所より「副」を事業主様へ送付します。

【協会けんぽ被扶養者資格再確認専用】

健康保険被扶養者調書兼異動届 (解除用)

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 被保険者の氏名		④ 生年月日	⑤ 性別	⑥ 異動	備考
		ツリナ		明.1 大.3 平.7	男.1 女.2	解除2	
被保険者欄		被保険者の(現)住所					
		〒					

⑦ 被扶養者番号	⑧ 被扶養者の氏名	⑨ 生年月日	⑩ 性別	⑪ 続柄	⑫ 被扶養者でなくなった日	⑬ ⑬の理由	被扶養者証の裏付	被扶養者証を添付で送らない場合は理由を記入してください。
	ツリナ	明.1 大.3 平.7	男.1 女.2		平成 年 月 日		添付 返不能 減失	
	ツリナ	明.1 大.3 平.7	男.1 女.3		平成 年 月 日		添付 返不能 減失	
	ツリナ	明.1 大.3 平.7	男.1 女.4		平成 年 月 日		添付 返不能 減失	
	ツリナ	明.1 大.3 平.7	男.1 女.5		平成 年 月 日		添付 返不能 減失	
	ツリナ	明.1 大.3 平.7	男.1 女.6		平成 年 月 日		添付 返不能 減失	

○正副2枚とも協会けんぽへ提出してください。別途、年金事務所より「副」を事業主様へ送付します。

社会保険労務士の提出代行者印

平成 年 月 日提出

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () 機

協会けんぽ受付印

年金事務所受付印

回答⇒

この決定に不服がある場合は、行政不服審査法に基づき、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、日本年金機構に対して異議申立てをすることができず、この決定が有効と見做されます。

健康保険被扶養者調書兼異動届（解除用）の記入にあたって

この届書は、協会けんぽによる健康保険被扶養者資格の再確認実施時専用です。通常の被扶養者の異動では使用できません。

この届書は、被扶養者の解除専用となっております。扶養の追加・変更等には使用できません。

副については、年金事務所より送付されます。国民健康保険加入等により、副が早急に必要の場合は、管轄の年金事務所へ直接ご提出ください。

この届書に添付して提出するもの

解除対象となる被扶養者の方の被保険者証の添付が必要です。高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。（健康保険被保険者回収不能・滅失届の提出は不要です。）※やむを得ず被保険者証を添付できない場合は、⑦に理由を記入してください。

国民年金に関する手続き

被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者である方が、収入超過や死亡等により被扶養者でなくなるときは、この届書を提出する他に、国民年金第3号被保険者に係る届出が必要となります。お手続きは、ご本人が、住民票のある市区町村役場の国民年金担当窓口で行う必要があります。

【協会けんぽ被扶養者資格再確認専用】健康保険被扶養者調書兼異動届（解除用）

① 事業所整理記号 01	② 被保険者整理番号 1	③ 生年月日 3 5 0 4 0 2	④ 性別 男(1) 女(2)	⑤ 異動 解除2	備考
⑥ 被扶養者の氏名 ケンポ ハジコ 健保 花子	⑦ 生年月日 4 0 0 4 0 3	⑧ 性別 男(1) 女(2)	⑨ 被扶養者でなくなった日 平成 2 2 0 3 0 1	⑩ 理由 収入超過 (150万円)	⑪ 収入超過 (150万円)
⑥ 被扶養者の氏名 ケンポ サロウ 健保 次郎	⑦ 生年月日 6 2 0 7 0 4	⑧ 性別 男(1) 女(2)	⑨ 被扶養者でなくなった日 平成 2 2 0 4 0 1	⑩ 理由 就職	⑪ 就職
⑥ 被扶養者の氏名 ケンポ サロウ 健保 三郎	⑦ 生年月日 1 0 0 2 0 1	⑧ 性別 男(1) 女(2)	⑨ 被扶養者でなくなった日 平成 2 2 0 2 0 1	⑩ 理由 後期高齢者医療75歳到達(東京等)	⑪ 後期高齢者医療75歳到達(東京等)

社会保険庁寄附金
の提出代行者印

〒 000-0000
00市00町 0-0-0
0000株式会社
00 00
00 (0000) 0000

平成00年00月00日提出

協会けんぽ受付印
年金事務所受付印
印

- ### 記入方法
- ①「①事業所整理記号」には、被扶養者状況リストの「事業所記号(年金)」を記入。
 - ②「②被保険者の氏名」は、被保険者本人が氏名を署名した場合、押印は不要です。
 - ③「③被扶養者番号」には、被扶養者状況リストの「扶養番号」を記入してください。
 - ④「④被扶養者でなくなった日」は、「⑪」欄の理由により下記のとおりとなります。
 - 収入超過…事実発生日(不明の場合は申出日)
 - 就職…就職年月日
 - 死亡…死亡日の翌日
 - 後期高齢者医療制度被保険者資格該当…該当日
 - ⑤-1「⑩」欄には、被扶養者でなくなった理由を「収入超過」「就職」「死亡」など具体的に記入してください。また、収入超過の場合には収入額を記入してください。
 - ⑤-2 被扶養者でなくなった理由が後期高齢者医療制度の被保険者になったことである場合
 - ④ 後期高齢者医療の被保険者となった理由が75歳到達の場合は「後期高齢者医療75歳到達」
 - ③ 一定の障害をお持ちで広域連合の認定を受けて後期高齢者医療の被保険者となった場合は「後期高齢者医療障害認定」と記入してください。
 また、後期高齢者医療制度の被保険者になった時の住所地の都道府県名を記入してください。
 - ⑥「被保険者証の添付」は、下記の場合から選択してください。
 - 添付…被保険者証を添付した場合
 - 返不能…被保険者証の回収ができなかった場合(⑦に理由を記入してください。)
 - 滅失…被保険者証を紛失した場合(⑦に理由を記入してください。)
 - ⑦ 被保険者証を添付できない場合は、その理由を記入してください。なお、後日被保険者証を回収したときは、その旨がわかるようして全国健康保険協会各支部に返納してください。

平成24年 月 日

健康保険被扶養者資格再確認調査票

この度、全国健康保険協会より、健康保険の被扶養者となつていられるご家族の方が現在も健康保険の被扶養者に該当するかを再確認する旨の依頼がありました。

つきましては、下記の健康保険被扶養者の状況を記入のうえ、平成24年 月 日()までに回答していただきますようお願いいたします。

なお、健康保険の被扶養者の範囲などを裏面に記載していただきますのでご確認ください。

被保険者証 番号	被扶養者氏名	被保険者氏名
-------------	--------	--------

被扶養者 番号	被扶養者氏名	被扶養者の状況
		<input type="checkbox"/> 現在も健康保険の被扶養者に該当する <input type="checkbox"/> 被扶養者から解除(理由:就職・他の被扶養者となつた・収入超過(円)・その他()) 解除の場合はその年月日を記入してください。平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 現在も健康保険の被扶養者に該当する <input type="checkbox"/> 被扶養者から解除(理由:就職・他の被扶養者となつた・収入超過(円)・その他()) 解除の場合はその年月日を記入してください。平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 現在も健康保険の被扶養者に該当する <input type="checkbox"/> 被扶養者から解除(理由:就職・他の被扶養者となつた・収入超過(円)・その他()) 解除の場合はその年月日を記入してください。平成 年 月 日

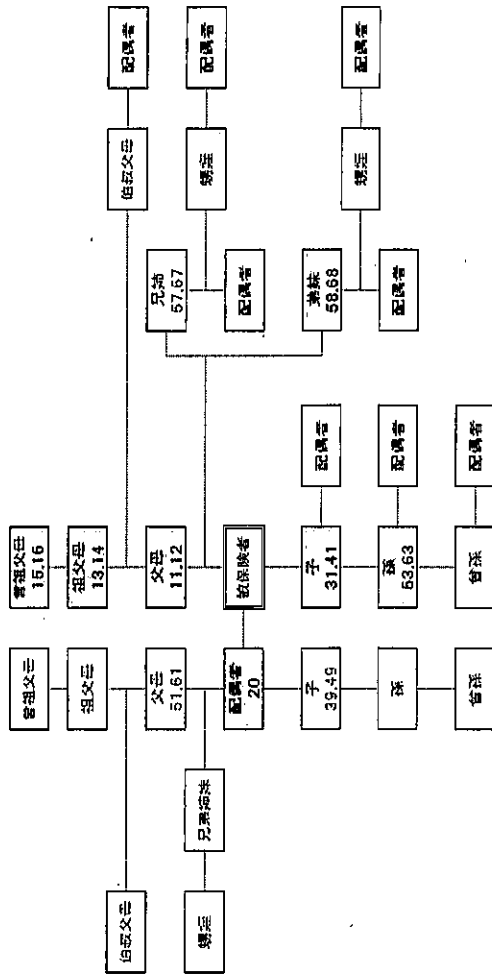
※「被扶養者の状況」欄の□に☑(チェック)を入れ、解除の場合はその理由及び解除となつた年月日を記入してください。(収入超過の場合は、収入額も記入)

※ 税法上の控除対象配偶者または扶養親族の場合は、事業主において確認済のため、上記被扶養者には含まれていません。

なお、税法上の扶養親族等となつていても、健康保険の被扶養者の範囲から外れている場合には、その家族の氏名及び被扶養者の状況を記入してください。

※ 被扶養者から解除される方がいる場合は、別途「被扶養者調査兼異動届」の提出が必要になります。

被扶養者の範囲



- 生計維持関係が必要
- 生計維持関係に加え同一世帯であることが必要

生計維持関係

被扶養者として認定されるには、主として被保険者の収入によって生計を維持されていることが必要です。

ア 被保険者と同居(同一世帯)の場合

扶養家族の年収(*1)が130万円未満で、かつ被保険者の年収の1/2未満(*2)であること。

イ 被保険者と同居(同一世帯)でない場合

扶養家族の年収が130万円未満で、かつ被保険者からの仕送り(援助)額より少ないこと。

なお、扶養家族が60歳以上または障害者(障害厚生年金を受けられる程度)の場合は、上記「130万円未満」は「180万円未満」となります。

*1 扶養家族の年収は、給与収入、事業収入、地代・家賃収入などの財産収入、老齢・障害・遺族年金などの公的年金、雇用保険の失業給付などとなります。なお、給与所得者の場合は総収入額、自営業者の場合は最低限の必要経費を引いた残りの収入額が年収となります。

*2 扶養家族の年収が被保険者の年収の1/2を超える場合であっても世帯の生計維持関係から判断し、認められる場合があります。

被扶養者の異動

健康保険の被扶養者は、被扶養者として追加するときのほか、解除となる場合にも「健康保険被扶養者(異動)届」の提出が必要となります。

解除となる場合…就職などで新たに被保険者となったとき、被扶養者の年収が130万円(60歳以上または障害者の方は180万円)以上となり、

被扶養者となるための要件を満たさなくなったとき、結婚して他の被保険者の方の被扶養者となったときなど