

### 3. 記入例

「調査」の該当箇所すべてご記入ください。調査対象者の続柄によって記載内容は異なります。記入漏れ・捺印漏れがあった場合は、再提出となりますのでご注意ください。

※「調査」は調査対象者一人1枚です。

記入する部分を  
わかりやすく  
青色にしています！

〒000-0000  
〇〇県〇〇市〇  
健保 一郎様

該当に☒チェック。  
(複数選択可)

当組合で現在把握している同同居の状況を印字しています。『非同居』に☒チェックがある場合、業務上の単身赴任でなければ、送金証明書をご提出ください。いずれも☒チェックがない場合、世帯全員の住民票を(業務上の単身赴任以外の理由による別居の場合は送金証明書も)ご提出ください。

提出期限: 令和6年9月30日(月) 必着

コニカミノルタ健康保険組合  
(公印省略)

|       |                               |     |     |     |
|-------|-------------------------------|-----|-----|-----|
| 保険証   | 記号                            | 123 | -番号 | 456 |
| 氏名    | ケボウ 太郎                        |     |     |     |
| 日中連絡先 | [電話番号] 090-1234-5678          |     |     |     |
| 備考    | <input type="checkbox"/> 単身赴任 |     |     |     |

日中に連絡の取れる電話番号を必ず記入。  
※書類に不備があった場合、連絡させていただくことがあります。

業務上の単身赴任の場合は☒チェック。

訂正が必要な場合は赤字で記入。

収入があったものすべてに☒チェック。

#### 【被扶養者資格確認調査】

▼現在の状況をご記入ください。

空白の該当するすべての箇所に、ご記入をお願い致します。記入漏れがあった場合、再提出となります。

|                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                           |                                                            |                                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| フリガナ<br>氏名                                                                                                                              | ケボウ 梅                                                                         | 続柄                                                                        | 母                                                          | 生年月日                                                                          | 昭和●年1月15日 |
| 現在の職業等<br>(複数選択可)                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト<br><input type="checkbox"/> 会社員 | <input checked="" type="checkbox"/> 年金受給者<br><input type="checkbox"/> 自営業 | <input type="checkbox"/> 学生<br><input type="checkbox"/> 無職 | 同同居<br><input checked="" type="checkbox"/> 同居<br><input type="checkbox"/> 非同居 |           |
| 令和5年1月～12月の期間で以下の収入があった場合、 <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。                                                              |                                                                               |                                                                           |                                                            |                                                                               |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 <input type="checkbox"/> 出産手当金 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                               |                                                                           |                                                            |                                                                               |           |
| 令和5年1月以降に退職・廃業した方                                                                                                                       |                                                                               |                                                                           |                                                            |                                                                               |           |
| 退職日または廃業日を以下にご記入の上、退職日の入った「源泉徴収票」[コピー]または「離職票-1、-2[コピー]、または「雇用保険受給資格者証(両面)」[コピー]自営業を廃業した方は「廃業届」[コピー]をご提出ください。                           |                                                                               |                                                                           |                                                            |                                                                               |           |
| 令和 6 年 5 月 31 日 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 廃業                                                      |                                                                               |                                                                           |                                                            |                                                                               |           |

退職の場合は退職日、廃業の場合は廃業日をご記入の上、必要書類をご提出ください。

本紙と一緒に、下記の必要書類をすべてご提出ください。なお、△印がある場合、該当する書類をご提出ください。各必要書類の説明および注意事項については、案内冊子P4をご参照ください。

#### 必要書類名 / 注意事項

・直近連続3ヵ月分の「給与明細書」[コピー](案内冊子P4参照)

※交通費を含む総支給額が記載されたもの  
※調査対象者氏名、勤務先名称がわかるもの

・{令和5年分「確定申告書(控)」[コピー]}および{「収支内訳書」[コピー]または「青色申告決算書」[コピー]}(案内冊子P4参照)

・令和6年(3月～8月)の「送金証明書」[コピー](案内冊子P4参照)

・世帯全員の「住民票の写し」[原本](案内冊子P4参照)  
※1世帯1部

・令和6年度「所得証明書」または「課税(非課税)証明書」(案内冊子P4参照)

就職、結婚、死亡等ですでに扶養していない家族がいる場合は、備考欄に被扶養者資格の『喪失日』と『理由』を記入。

※この場合、被扶養者を削除する手続きが必要となります。速やかに所定の手続きを行ってください。

対象者お一人お一人のマイナンバー制度の情報に基づいた必要書類を印字しています。必要書類の取得先は案内冊子P4をご参照ください。

お問合せ先

コニカミノルタ健康保険組合 被扶養者資格調査専用 法研コールセンター  
TEL: 0800-800-7865 (無料通話) 9:00～17:00 土日祝日を除く

