

平成28年9月

被保険者・被扶養者の皆様へ

アイシン健康保険組合

健康保険「被扶養者 資格調査(検認)」について

日頃、アイシン健康保険組合の運営についてご協力いただき、ありがとうございます。

さて、この度、当健康保険組合では、被扶養者の資格調査(継続認定の実施)を行うことになりました。これは、健康保険法施行規則第50条及び厚生労働省の指導に基づいて行うもので、健保加入の被保険者の皆様が、公平かつ適正な扶養認定が受けられる制度維持のため、実施が義務づけられています。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

なお、本業務については、「株式会社 法研」へ委託をしておりますので、調査書等の文書は、同社より事業所経由にて送付させていただきます。また、疑問点等の各種お問い合わせに関しては、当健康保険組合専用コールセンターまでお願いします。

以上

記

調査対象者 18歳以上の被扶養者(同封の「健康保険被扶養者資格調査書」がある方のみ)
・配偶者控除されている方は除く場合あり
・平成28年1月1日以降に扶養認定された方は除く

提出書類 ●「健康保険被扶養者資格調査書」(P2～P4参考)
●必要添付書類

提出期限 平成28年10月14日(金)

提出先 同封の返信用封筒を利用して、委託先(株)法研へ提出

注意事項

- 提出期限までに「健康保険被扶養者資格調査書」[別紙]および必要書類を提出されない場合、健康保険法施行規則第50条7項より資格取り消しとなりますので必ずご提出ください。
- 必要書類の取得費用は全額被保険者(被扶養者)負担となります。
- ご提出いただいた書類は返却できませんので、ご了承願います。
- 調査の結果、認定基準から外れていると判定された方のみ別途ご案内させていただきます。
(資格要件を満たさなくなった日まで遡って、削除となる場合もあります)
- ご提出いただいた書類は当該者の被扶養者資格調査および、給付業務に使用し、他の目的に使用することはありません。

アイシン健康保険組合

AISIN Health Insurance society

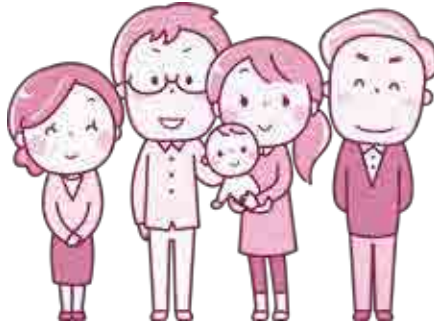
問合せ先 アイシン健康保険組合専用コールセンター

TEL:0800-800-6245(無料通話)【受付時間】平日9:00～17:00

個人情報の取り扱いにつきましては、当健保組合ホームページの「個人情報保護方針」でご確認ください。

<http://www.aisin-kenpo.or.jp>

1 被扶養者資格調査の流れ



① 送付書類の確認

同封されている書類

- この案内
- 健康保険被扶養者資格調査書(対象者1名につき1枚)
被扶養者欄記載内容(氏名、生年月日等)を確認してください。
- 平成28年分給与支払証明書
該当する場合のみ使用してください。



② 健康保険被扶養者資格調査書の記入

P2~P4参考

- 被保険者欄に署名・捺印し、日中連絡先を記入してください。
- 記入もれがないようにお願いします。
- 調査対象者がすでに被扶養者から削除されている場合は、備考欄にその旨を記入してください。

③ 必要添付書類を入手

- 健康保険被扶養者資格調査書の状況確認欄でチェックした項目の必要添付書類を取り寄せてください。

④ 同封の返信用封筒を利用して委託先に郵送

- 健康保険被扶養者資格調査書と、必要添付書類(③)を同封して投函ください。



⑤ 調査の結果

- 扶養資格基準を満たしていない方のみ、別途ご連絡いたします。
※扶養資格基準を満たしている方へのご連絡は省略させていただきます。

2 記入方法

記入例 続柄が「子」で学生の方



要返却

平成28年10月14日(金) 必着

アイシン健康保険組合
(公印省略)

署名・捺印

書類に不備等があった時の連絡先

訂正/変更の場合は赤字二重線と正しい情報を記入

健康保険被扶養者資格調査書

【被保険者欄】下記の記載内容について該当事実に相違ないことを確認のうえ、署名・捺印してください。

氏名	健保 太郎	自署捺印	日中連絡先	090-1234-5678
----	-------	------	-------	---------------

【調査対象者欄】調査対象者の現在の状況にチェックおよびご記入ください。

氏名	健保 次郎	続柄	子	性別	男	生年月日	H10-6-3 7.23
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> (1)有 <input checked="" type="checkbox"/> (2)無(未婚/離婚/死別)	医療費助成制度受給資格確認	<input type="checkbox"/> (1)障害者医療 <input type="checkbox"/> (2)母子医療 <input type="checkbox"/> (3)指定難病 <input type="checkbox"/> (4)小児慢性 <input type="checkbox"/> (5)精神医療 <input type="checkbox"/> (6)その他				
現在の職業等	<input checked="" type="checkbox"/> (1)学生または予備校生						
	<input type="checkbox"/> (2)給与所得者 <input type="checkbox"/> (3)自営業 <input type="checkbox"/> (4)無職						

「無」の場合は該当に○

免除を受けている場合にチェック

学生の方は「①学生」についてのみ回答

【状況確認欄】調査対象者の状況に応じて、該当するすべての書類をご提出ください。

該当項目チェック欄	状況にあわせてチェックや金額等をご記入ください	必要添付書類	取得先
① 学生 <input checked="" type="checkbox"/> 学生の方	学校・予備校名 (アイシン高等学校)	在学証明書【原本】または学生証【コピー】 ※在学証明書は、平成28年4月1日以降に発行されたもの ※学生証は、氏名・発行日・有効期限が記載されているものの両面	就学先
② 収入状況	<input type="checkbox"/> 給与収入 平成28年 6月収入 (円) 7月収入 (円) 8月収入 (円) ※3ヵ月平均が108,000円を超える場合、被扶養者として認定できません。	給与と明細書(平成28年6月～8月支払分)【コピー】 ※氏名・年月分がわかるもの。 または 同封の給与支払証明書【原本】 ※明細を紛失されている場合に勤務先より証明が必要	
	<input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> (1)老齢 <input type="checkbox"/> (2)遺族 <input type="checkbox"/> (3)障害 <input type="checkbox"/> (4)その他 () 平成28年見込 (円/年)	年金振込通知書【コピー】または 年金額改定通知書【コピー】 または 公的年金源泉徴収票【コピー】 ※平成28年中に発行された直近のもので年金額・受給者氏名の記載があるもの	
	<input type="checkbox"/> 個人収入 総収入額 ※必要経費を控除する前の金額 平成27年分 (円/年) 総収入-売上原価 平成27年分 (円/年)	平成28年度所得証明書【原本】と 平成27年分確定申告書【コピー】と 収支内訳書(または青色申告決算書)【コピー】 ※平成27年1～12月の収入がわかるもの	市区町村役場 税務署
	<input type="checkbox"/> 手当を受給 <input type="checkbox"/> (1)雇用保険失業給付 <input type="checkbox"/> (2)育児給付金 <input type="checkbox"/> (3)傷病手当 <input type="checkbox"/> (4)その他 ()	手当の受給金額がわかるもの【コピー】 ※平成27年1～12月の収入がわかるもの	ハローワーク等
③ 同別居状況	<input type="checkbox"/> 収入がない方 <input type="checkbox"/> (1)平成27年1月1日～現在まで収入がない <input type="checkbox"/> (2)平成27年1月1日～退職した	平成28年度所得証明書【原本】 ※平成27年1月～12月の収入がわかるもの 退職日がわかるもの【コピー】 ※離職票・退職証明書・雇用保険受給資格者証等	市区町村役場 元勤務先等
	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)と同居中の方 <input type="checkbox"/> (1)同一住所で同一世帯 <input type="checkbox"/> (2)同一住所で世帯が別々 ※義父義母など同居が絶対条件の方で世帯が別々の場合は、被扶養者として認定できません。	世帯全員の住民票【原本】 ※1世帯1部可 ※続柄のあるもの ※個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの(仮)が記載されている場合は読みとれないよう塗りつぶして(代)し 被保険者(本人)と調査対象者以外に18歳以上の同居者がいる場合は、その方全員の「①収入状況」参照 ※「①収入状況」参照 被保険者(本人)世帯全員の住民票【原本】と 調査対象者世帯全員の住民票【原本】 ※1世帯1部可 ※続柄のあるもの ※個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの(仮)が記載されている場合は読みとれないよう塗りつぶして(代)し 被保険者(本人)と調査対象者以外に18歳以上の同居者がいる場合は、その方全員の「①収入状況」参照 ※「①収入状況」参照	市区町村役場 市区町村役場
	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)と別居中の方 <input type="checkbox"/> (1)住所が別 平成28年 6月送金 (円) 7月送金 (円) 8月送金 (円) <input type="checkbox"/> (2)被保険者(本人)が単身赴任 <input type="checkbox"/> (3)施設に入所している方	送金証明(平成28年6月～8月仕送り振込分)【コピー】 被保険者(本人)世帯全員の住民票【原本】と 調査対象者世帯全員の住民票【原本】 ※1世帯1部可 ※続柄のあるもの ※個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの(仮)が記載されている場合は読みとれないよう塗りつぶして(代)し 被保険者(本人)と調査対象者以外に18歳以上の同居者がいる場合は、その方全員の「①収入状況」参照 ※「①収入状況」参照 入所証明書【原本】	銀行等 市区町村役場 入所施設等

在学証明書【原本】または学生証【コピー】の添付を忘れずに!

その他連絡事項等

備考

※氏名・生年月日に訂正がある場合は、別途保険証の手続き書類を事務所担当者に提出してください。

記入例

続柄が「妻・夫」の方



要返却

平成28年10月14日(金) 必着

アイシン健康保険組合
(公印省略)

署名・捺印

書類に不備等があった時の連絡先

訂正/変更の場合は赤字二重線と正しい情報を記入

健康保険被扶養者資格調査書

【被保険者欄】下記の記載内容について該当事実に相違ないことを確認のうえ、署名・捺印をしてください。

氏名	健保太郎	自署捺印	日中連絡先	090-1234-5678
----	------	------	-------	---------------

【調査対象者欄】調査対象者の現在の状況に✓チェックおよびご記入ください。

氏名	健保花子	続柄	妻	性別	女	生年月日	S63.6.3-7.23
医療費助成制度受給資格確認	<input type="checkbox"/> (1)障害者医療 <input type="checkbox"/> (2)母子医療 <input type="checkbox"/> (3)指定難病 <input type="checkbox"/> (4)小児慢性 <input type="checkbox"/> (5)精神医療 <input type="checkbox"/> (6)その他						
現在の職業等	<input type="checkbox"/> (1)給与所得者 <input type="checkbox"/> (2)自営業 <input checked="" type="checkbox"/> (3)無職 → 下記「①収入状況」をお答えください。 <input type="checkbox"/> (4)学生または予備校生 → 下記「②学生」をお答えください。						

免除を受けている場合にチェック

学生以外の方は「①収入状況」についてのみ回答

【状況確認欄】調査対象者の状況に応じて、該当するすべての書類をご提出ください。

該当項目チェック欄	状況にあわせてチェックや金額等をご記入ください	必要添付書類	取得先
① 収入状況	<input type="checkbox"/> 給与収入 平成28年 6月収入 (円) 7月収入 (円) 8月収入 (円) ※3ヵ月平均が108,000円を超える場合、被扶養者として認定できません。	給与明細書(平成28年6月～8月支払分) [コピー] ※氏名・年月分わかるもの または 同封の給与支払証明書 [原本] ※明細を紛失されている場合に勤務先より証明が必要	勤務先
	<input type="checkbox"/> 年金収入 □ (1) 老齢 □ (2) 遺族 □ (3) 障害 □ (4) その他 平成28年見込 (円/年)	年金振込通知書 [コピー] または 年金額改定通知書 [コピー] または 公的年金源泉徴収票 [コピー] ※平成28年中に発行された直近のもので年金額・受給者氏名の記載があるもの	日本年金機構等
	<input type="checkbox"/> 個人収入 総収入額 ※必要経費を控除する前の金額 平成27年分 (円/年) 総収入-売上原価 平成27年分 (円/年)	平成28年度所得証明書 [原本] と 平成27年分確定申告書 [コピー] と 収支内訳書 (または 青色申告決算書) [コピー] ※平成27年1～12月の収入がわかるもの	市区町村役場 税務署
	<input type="checkbox"/> 手当を受給 □ (1) 雇用保険失業給付 □ (2) 育児給付金 □ (3) 傷病手当 □ (4) その他 ()	手当の受給金額がわかるもの [コピー] ※平成27年1～12月の収入がわかるもの	ハローワーク等
② 収入がない場合	<input checked="" type="checkbox"/> 収入がない方 □ (1) 平成27年1月1日～現在まで収入がない ✓ (2) 平成27年1月1日～退職した	平成28年度所得証明書 [原本] ※平成27年1月～12月の収入がわかるもの 退職日がわかるもの [コピー] ※離職票・退職証明書・雇用保険受給資格者証 等	市区町村役場 元勤務先等
	② 学生 <input type="checkbox"/> 学生の方 学校・予備校名 ()	在学証明書 [原本] または 学生証 [コピー] ※在学証明書は、平成28年4月1日以降に発行されたもの ※学生証は、氏名・発行日・有効期限が記載されているものの両面	

退職日がわかるもの [コピー] の添付を忘れずに!

備考 平成28年5月31日退職

年間収入とは

すべての収入を、ただし、退職金、健康保険上の収入は、税法上とは異なり、以下の範囲によるものとしています。

1. 勤労による収入
2. 事業収入 (農業・商業・漁業・林業・原稿料・内職 他)
3. 厚生年金・国民年金・遺族年金・障害年金・労災保険の給付・恩給等の年金収入
4. 投資収入・利子収入・不動産賃貸および売買収入 (継続的なもの)
5. 失業給付金・傷病手当金・生活扶助料 (生活保護法)
6. その他、収入として認められるもの

《給与収入のある方》
課税・非課税を問わず、税金や保険料等が控除される前の「総支給額」です。
ポイント 交通費も収入に含まれます!
これ(差引支給額)ではありません
「総支給額」

《事業収入のある方》
確定申告書や収支内訳書(または青色申告決算書)の「総収入額」から、当健保組合が必要経費として認められる経費を差し引いた金額です。
この内訳のうち事業運営に直接的に必要な経費を確認します。

《年金収入のある方》
税金や介護保険料等が控除される前の「年金支払額」です。
※2ヵ月分が記載
これ(控除後振込額)ではありません

※氏名・生年月日に訂正がある場合は、別途保険証の手続き書類を事務所担当者に提出してください。

記入例

続柄が「その他」の方



要返却

平成28年10月14日(金) 必着

アイシン健康保険組合
(公印省略)

署名・捺印

書類に不備等があった時の連絡先

訂正/変更の場合は赤字二重線と正しい情報を記入

健康保険被扶養者資格調査書

【被保険者欄】下記の記載内容について該当事実に相違ないことを確認のうえ、署名・捺印をしてください。

氏名	健保 太郎	自署捺印	日中連絡先	090-1234-5678
----	-------	------	-------	---------------

【調査対象者欄】調査対象者の現在の状況にチェックおよびご記入ください。

氏名	健保 良子	続柄	母	性別	女	生年月日	524.6.3 = 7.23	
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> (1) 有 <input checked="" type="checkbox"/> (2) 無(未婚) / <input checked="" type="checkbox"/> (離婚) / <input checked="" type="checkbox"/> (死別)	医療費助成制度受給資格確認	<input type="checkbox"/> (1) 障害者医療	<input type="checkbox"/> (2) 母子医療	<input type="checkbox"/> (3) 指定難病	<input type="checkbox"/> (4) 小児慢性	<input type="checkbox"/> (5) 精神医療	<input type="checkbox"/> (6) その他
現在の職業等	<input type="checkbox"/> (1) 学生または予備校生 <input type="checkbox"/> (2) 給与所得者	<input type="checkbox"/> (3) 自営業	<input checked="" type="checkbox"/> (4) 無職	病院での窓口支払が免除または一部免除されている該当の医療助成制度をすべて <input checked="" type="checkbox"/> チェックしてください。 ※ <input checked="" type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> は回答不要です。				免除を受けている場合にチェック

「無」の場合は該当に○

【状況確認欄】調査対象者の状況に応じて、該当するすべての書類をご提出ください。

該当項目チェック欄	状況にあわせてチェックや金額等をご記入ください	必要添付書類	取得先	
<input type="checkbox"/> ① 学生の方	学校・予備校名 ()	在学証明書 [原本] または 学生証 [コピー] ※在学証明書は、平成28年4月1日以降に発行されたもの ※学生証は、氏名・発行日・有効期限が記載されているものの両面	就学先	
② 収入状況	<input type="checkbox"/> 給与収入 平成28年 6月収入 () 円 7月収入 () 円 8月収入 () 円 ※3ヵ月平均が108,000円を超える場合、被扶養者として認定できません。	給与明細書(平成28年6月~8月支払分) [コピー] ※氏名・年月分がわかるもの。 または 同封の給与支払証明書 [原本] ※明細を紛失されている場合に勤務先より証明が必要	勤務先	
	<input checked="" type="checkbox"/> 年金収入 平成28年見込 (1,500,000) 円/年	年金振込通知書 [コピー] または 年金額改定通知書 [コピー] または 公的年金源泉徴収票 [コピー] ※平成28年中に発行された最近のもので年金額・受給者氏名の記載があるもの	受給しているすべての年金の通知書 [コピー] (または源泉徴収票 [コピー]) の添付を忘れずに!	
	<input type="checkbox"/> 個人収入 総収入額 ※必要経費を控除する前の金額 平成27年分 () 円/年 総収入-売上原価 平成27年分 () 円/年	平成28年度所得証明書 [原本] と 平成27年分確定申告書 [コピー] と 収支内訳書 (または青色申告決算書) [コピー] ※平成27年1~12月の収入がわかるもの	税務署	
	<input type="checkbox"/> 手当を受給 <input type="checkbox"/> (1) 雇用保険失業給付 <input type="checkbox"/> (2) 育児給付金 <input type="checkbox"/> (3) 傷病手当 <input type="checkbox"/> (4) その他 ()	手当の受給金額がわかるもの [コピー] ※平成27年1~12月の収入がわかるもの	ハローワーク等	
③ 同居状況	<input type="checkbox"/> 収入がない方 <input type="checkbox"/> (1) 平成27年1月1日~現在まで収入がない <input type="checkbox"/> (2) 平成27年1月1日~退職した	平成28年度所得証明書 [原本] ※平成27年1月~12月の収入がわかるもの 退職日がわかるもの [コピー] ※離職票・退職証明書・雇用保険受給資格者証 等	市区町村役場 元勤務先等	
	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)と同居中の方	<input type="checkbox"/> (1) 同一住所で同一世帯	世帯全員の住民票 [原本] ※1世帯1部可 ※続柄のあるもの ※個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの(歴が記載されている場合は読みとれないよう塗りつぶしてください) 被保険者(本人)と調査対象者以外に18歳以上の同居者がいる場合は、その方全員の収入証明 ※「①収入状況」参照	市区町村役場
		<input type="checkbox"/> (2) 同一住所で世帯が別々 ※義父義母など同居が絶対条件の方で世帯が別々の場合は、被扶養者として認定できません。	被保険者(本人)世帯全員の住民票 [原本] と 調査対象者世帯全員の住民票 [原本] ※1世帯1部可 ※続柄のあるもの ※個人番号(マイナンバー)が記載されていないもの(歴が記載されている場合は読みとれないよう塗りつぶしてください) 被保険者(本人)と調査対象者以外に18歳以上の同居者がいる場合は、その方全員の収入証明 ※「①収入状況」参照	市区町村役場
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人)と別居中の方	<input type="checkbox"/> (1) 住所が別 平成28年 6月送金 (125,000) 円 7月送金 (125,000) 円 8月送金 (125,000) 円 <input type="checkbox"/> (2) 被保険者(本人)が単身赴任 <input type="checkbox"/> (3) 施設に入所している方	送金証明(平成28年6月~8月住居振り分け) [コピー] 被保険者(本人)世帯全員の住民票 [原本] と 調査対象者世帯全員の住民票 [原本] ※1世帯1部可 ※続柄のあるもの 被保険者(本人)と調査対象者以外に18歳以上の同居者がいる場合は、その方全員の収入証明 ※「①収入状況」参照	銀行等 市区町村役場	
備考	これらの必要添付書類の提出を忘れずに!			

その他連絡事項等

※氏名・生年月日に訂正がある場合は、別途保険証の手続き書類を事務所担当者に提出してください。



ご提出添付書類はマイナンバーの記載がないものをお願いします

マイナンバーが記載された住民票の交付を受け、これを提出する場合は、マイナンバー部分を油性マジックペンで塗り潰すなど、マスキングをしたうえでご提出ください。

住民票

Q.1 世帯全員の住民票には調査対象ではない家族も記載されますがそのまま提出していいですか？

そのままご提出ください。

用紙の一部を取り除く等を行った場合は、世帯全員として無効となり、再提出をお願いする場合があります。複数調査対象者がいる場合、1世帯で1部で可。



提出

Q.2 提出期限までに取得できない書類があります。遅れて提出してもいいですか？

お手元にある書類を先にご提出ください。

提出が遅れる書類については、調査書の備考欄に書類の内容と提出予定日をご記入ください。

被扶養者異動

Q.3 平成28年10月14日までに被保険者が退職する場合、各種書類の提出は必要ですか？

調査書のみご提出ください。

調査書の備考欄に、退職日及び「本人退職」と記入し、ご提出ください

Q.4 給与明細を確認したら、すでに130万円を超えていました。どうすればいいですか？

扶養削除の手続きをしてください。

- 【必要な書類】
- ・健康保険被扶養者(異動)届 ※事業所の人事、総務などにあります
 - ・削除する方の保険証原本
 - ・健康保険被扶養者資格調査書

3点を事業所の健保担当窓口(人事・総務など)に提出ください。

Q.5 既に異動手続きをしている調査対象者が記載されています。どうすればいいですか？

調査書のみご提出ください。

調査書の備考欄に、削除日及び理由を記入し、ご提出ください

年金収入

Q.6 年金のお知らせハガキをなくしてしまったのですが、どうすればいいですか？

年金事務所に再発行を依頼してください。

Q.7 お知らせハガキ(年金振込通知書)のどの金額で判断しますか？
また、年金収入にはどんな種類がありますか？

「年金支払額」です。



《年金の種類》

- ・厚生年金(老齢・障害・遺族)
- ・国民年金(老齢・障害・遺族)
- ・共済年金(老齢・障害・遺族)
- ・企業年金
- ・農業者年金
- ・労働者災害補償年金
- ・各種の恩給
- ・私的年金等

※一時的な退職金は収入に含みません

[年金のお知らせハガキ]

年金の種類	支払額
厚生年金	407,500円
国民年金	0円
共済年金	0円
企業年金	0円
農業者年金	0円
労働者災害補償年金	0円
各種の恩給	0円
私的年金等	0円
合計	407,500円

「年金支払額」

4 よくある質問 ②

給与収入

Q8 給与収入の金額は、給与明細書のどの金額で判断しますか？

「総支給額」です。
課税・非課税を問わず、税金や保険料等が控除される前の金額で判断します。

通勤交通費も収入に含まれます！

項目	金額
元給	150,000
通勤交通費	10,000
総支給額	190,000
社会保険料	133,804
税金	26,196
控除後の金額	163,804

これ(差引支給額)ではありません

「総支給額」

Q9 平成28年6月～8月の3ヵ月平均給与が108,000円を超えています。どうなりますか？

扶養削除の手続きをしてください。
P5のQ4を参考に扶養削除の手続きをしてください。

Q10 妻が10月からパート先で保険証が発行されることになりました。どうすればいいですか？

扶養削除の手続きをしてください。
P5のQ4を参考に扶養削除の手続きをしてください。

所得証明書

Q.11 所得証明書の代わりに、源泉徴収票を提出してもいいですか？

源泉徴収票をご提出ください。
勤務先が複数個所ある方は、すべての源泉徴収票をご提出ください。

Q.12 平成27年12月31日に退職しました。何を提出すればいいですか？

退職証明書 [コピー] をご提出ください。

Q.13 平成28年1月2日以降に帰国したので、「平成28年度所得証明書」が発行されません。何を提出すればいいですか？

パスポートの顔写真と入国したことがわかる部分のコピーをご提出ください。
調査書の備考欄に帰国日をご記入ください。

個人収入

Q.14 自営業をしています。収入額はどの金額で判断されますか？

収支内訳書の「総収入額」です。
健康保険上の収入は、税法上とは異なり、確定申告書(税法上)の「所得金額」では判断しません。

- 減価償却費や基礎控除など現金支出を伴わないもの
- 直接的必要経費に該当しないもの(福利厚生費など)



「総収入額」

この内訳のうち事業運営に直接的に必要な経費を確認します。

[収支内訳書]

項目	金額
総収入額	4,114,444
減価償却費	100,000
必要経費	1,000,000
所得金額	3,014,444

Q.15 現在、被保険者は単身赴任しています。別居になりますか？

同居とみなします。

被保険者が業務上単身赴任の場合は、調査書の状況確認欄の②同別居状況の「被保険者(本人)と別居中の方」と「(2)被保険者(本人)が単身赴任」にチェックマークを入れてください。なお、送金証明書の提出は不要です。

※続柄が「妻・夫」の方の調査書には記載欄はありません



被扶養者が別居している場合

別居している場合、収入が少ないからという理由だけでは扶養家族にはなれません。基準の収入未滿であり、なおかつ被保険者(本人)からの仕送りがあることが条件となります。具体的には、下記①・②・③のすべての要件を満たしていることが必要です。

- ① 被扶養者の年間収入 {
 - ・ 60歳未滿は130万円未滿
 - ・ 60歳以上 または 障がい者は180万円未滿
- ② 被扶養者の年間収入 ≤ ・ 被保険者からの仕送り額(年間)
- ③ 被扶養者の年間収入 + 年間の仕送り額 ≥
 - ・ 扶養家族が1名の場合は108万円以上 ^{※1}
 - ・ 扶養家族が2名の場合は192万円以上 ^{※2}

※1. 別居している扶養家族が1名の場合(参考)

扶養家族の年間収入	1ヵ月あたりの仕送り額	年間仕送り額
0円	9万円以上	108万円以上
40万円以下	5万7千円以上	68万円以上
120万円以下	10万円以上	120万円以上
160万円以下	13万4千円以上	160万円以上

[別居]



※2. 別居している扶養家族が2名の場合(参考)

扶養家族の年間収入	1ヵ月あたりの仕送り額	年間仕送り額
0円	16万円以上	192万円以上
40万円以下	12万7千円以上	152万円以上
120万円以下	10万円以上	120万円以上
160万円以下	13万4千円以上	160万円以上

[別居]

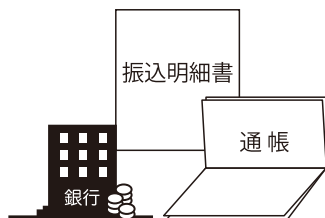


※仕送りの方法は銀行振込・現金書留など第三者に仕送り額が証明できる方法で行うことが必要です。

別居

Q.16 送金証明書とは何ですか？

振込通知書の写し、通帳の振込人・振込先の記載面の写し等により事実の確認ができるものです。平成28年6月～8月の送金証明書(誰から誰へ・いつ・いくら支払ったかが明記されているもの)をご提出ください。



送金の一部として認められません!

- 手渡し
- クレジットカードなどの支払明細書



送金証明書