

被扶養者の認定における年間収入の取り扱いについて

平素は当組合の事業運営につきまして、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、現在、被扶養者としての届出に係る者（以下「認定対象者」という。）の年間収入については、認定対象者の過去の収入、現時点の収入または将来の収入の見込みなどから、今後1年間の収入の見込みにより判定しているところですが、令和8年4月1日以降の扶養認定日より、労働契約で定められた賃金から見込まれる年間収入が130万未満（注1）であり、かつ、他の収入が見込まれず、（1）認定対象者が被保険者と同一世帯に属している場合には、被保険者の年間収入の2分の1未満であると認められる場合、（2）認定対象者が被保険者と同一世帯に属していない場合には、被保険者からの援助に依る収入額より少ない場合には、原則として、被扶養者に該当するものとして取り扱うこととなりますので、お知らせいたします。

（注1）認定対象者が60歳以上の者である場合又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合にあつては、180万円。認定対象者（被保険者の配偶者を除く。）が19歳以上23歳未満である場合にあつては150万円。

記

○被扶養者認定の際の年収の判定方法について

・対象者

収入が給与収入のみの認定対象者

※給与収入以外に他の収入（年金収入や事業収入等）がある場合は、現行の方法により年収を判定することとなります。

現行

【判定方法】

過去や現在の収入、または将来の収入見込みなどから、今後年間の収入見込みを判定

【提出書類】

- ・ 直近の給与明細書
又は
- ・ 収入証明書

改定

【判定方法】

労働条件通知書などの労働契約内容が確認できる書類の記載内容から見込まれる年収によって判定

【提出書類】

- ・ 労働契約内容が確認できる書類
（労働条件通知書や雇用契約書など）

【申立書】

- ・ 認定対象者が「給与収入のみである」旨被扶養者(異動)届の「理由」欄に記入

※労働契約内容が確認できる書類がない場合は、従来の方法により年収を判定することとなります。

この件に関するお問合せは、業務課（06-6243-0700）までお願いします。

健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	部長	次長	課長	担当者
認定日			機械 入力	
削除日				
書交付日				
書回収日				

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日	届出前 の被扶 養者数	名	届出後 の被扶 養者数	名
	氏名				取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	報 酬 月 額			千円
	住民票 住 所	〒								電 話	-	-	
	居所	〒											

被 扶 養 者 欄 ①	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
					個人番号						続柄
	増・減	扶養しはじめた日	令和	年	月	日	住所	同居 別居	別居の 〒 場合		
	減	扶養しなくなった日	令和	年	月	日	理由		資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面8参照	

被 扶 養 者 欄 ②	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
					個人番号						続柄
	増・減	扶養しはじめた日	令和	年	月	日	住所	同居 別居	別居の 〒 場合		
	減	扶養しなくなった日	令和	年	月	日	理由		資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面8参照	

被 扶 養 者 欄 ③	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
					個人番号						続柄
	増・減	扶養しはじめた日	令和	年	月	日	住所	同居 別居	別居の 〒 場合		
	減	扶養しなくなった日	令和	年	月	日	理由		資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面8参照	

被 扶 養 者 欄 ④	氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
					個人番号						続柄
	増・減	扶養しはじめた日	令和	年	月	日	住所	同居 別居	別居の 〒 場合		
	減	扶養しなくなった日	令和	年	月	日	理由		資格確認書 交付要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面8参照	

この届書は事業主を経由して健康保険組合に提出していただくこととなりますが、届書以外の書類等（収入の証明書等）の提出が必要な場合、その書類等の内容はその方の個人情報にあたることとなります。
つきましては、届出に際して必要な添付書類に限り直接健康保険組合に提出していただいで結構です。

◎届出上の注意事項及び確認書類等の添付については、裏面を参照のうえ、届出してください。

受付日付印

令和 年 月 日
上記記載内容については、相違のないことを確認のうえ、届出します。
事業所所在地 〒
事業所名称
事業主氏名
電話番号