

社 労 連 第 412 号
令和 6 年 7 月 2 日

都道府県社会保険労務士会会長 殿

全国社会保険労務士会連合会
会 長 大 野 実
(公 印 省 略)

令和 6 年度 被扶養者資格再確認業務に係る被扶養者状況リストの貴会会員への送付方法等に関する周知依頼について

謹啓 平素は当連合会の事業運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、今般、全国健康保険協会業務部長から別添のとおり周知依頼がございました。

今年度は昨年度に引き続き確認対象者と被保険者が同居（別居）していることを確認するほか、新たに確認対象者の課税収入が収入要件である 130 万円（60 歳以上は 180 万円）を超過していること等を特定し、当該情報をあらかじめ被扶養者状況リストに確認区分として記載し送付されるということです。

つきましては、貴職におかれましては、業務ご多忙の折大変恐縮ではございますが、本件につき会員の皆様への周知を賜るとともに、個別に貴会あてに全国健康保険協会支部より協力依頼がございましたらご対応賜りますようお願い申し上げます。

なお、本件については連合会ウェブサイトの会員専用ページにおいて、別紙の様式と併せて掲載しておりますことを申し添えます。

謹 白

(担当：業務部企画・広報課 企画係)

協健発第 240614-01 号
令和 6 年 6 月 14 日

全国社会保険労務士会連合会 御中

全国健康保険協会業務部長

令和 6 年度 被扶養者資格再確認業務に係る被扶養者状況リストの
貴会会員への送付方法等に関する周知依頼について

日頃より当協会の事業運営にご理解ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、全国健康保険協会では、保険給付の適正化と本来被扶養者資格を有しない者による無資格受診の防止を図ることを目的に、毎年度、健康保険被扶養者資格の再確認業務を実施しております。

本年度は、被扶養者状況リストを 10 月上旬から 10 月下旬にかけて事業主へ送付する予定としております。

なお、貴会会員と受託契約をされている事業所に係る当該リストにつきましては、例年どおり、別添の方法により貴会会員にお送りする取り扱いとさせていただきます。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

「令和6年度被扶養者資格再確認業務」の実施について

1 実施方法

(1) 被扶養者資格再確認業務

「被扶養者状況リスト」を事業主様へ送付します。

(2) 添付書類について

厚生労働省より厳格な方法で実施することを求められていることから、昨年度に引き続き、以下の者について、確認書類の添付を求めることとします。

- ・被保険者と別居している者は、仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類
- ・海外に在住している者は、海外特例に該当していることが確認できる書類

なお、収入証明等の確認書類については例年どおり添付を省略しますが、確認対象者の収入が、人手不足による労働時間延長に伴い、一時的に 130 万円（60 歳以上または障害厚生年金を受けられる程度の障害を有する者の場合は 180 万円）を超過する場合は、「一時的な収入変動」に係る事業主の証明の提出を求めます。

(3) 被扶養者状況リストへの確認区分の記載について

事前に実施するマイナンバー情報照会等により、昨年度に引き続き確認対象者と被保険者が同居（別居）していることを確認するほか、今年度より新たに確認対象者の課税収入が収入要件である 130 万円（60 歳以上は 180 万円）を超過していること等を特定し、当該情報をあらかじめ被扶養者状況リストに確認区分として記載してお送りします。

(被扶養者状況リスト (案) イメージ)

※前年度まで使用したリストをもとに作成したイメージであり、内容を変更する可能性があります。

[illegible]

(確認区分 (案) 一覧)

確認区分		説明
1	同居	被保険者と国内で同居していることが確認できたため、 <u>扶養を継続する場合、収入要件のみ確認が必要な方</u>
2	別居	被保険者と別居していることが確認できたため、 <u>扶養を継続する場合、収入要件及び仕送りの事実の確認が必要な方</u> （同居が要件でない続柄）（「別居の妻」等）
3	要同居	被保険者と別居していることが確認できたため、 <u>扶養解除になると思われる方</u> （同居が要件である続柄）（「別居の甥姪」等）
4	収入超過	課税収入が収入要件を超過していることが確認できたため、 <u>扶養解除になると思われる方</u> （「年間の課税収入が130万円以上」等）
5	海外在住	海外在住であるため、 <u>扶養を継続する場合、海外特例要件の確認が必要な方</u>
6	資格重複	健康保険の資格が重複していることが確認できた（新たに健康保険の資格を取得した、以前ご加入だった国民健康保険を脱退していない等）ため、以前ご加入だった健康保険の脱退または、 <u>扶養解除の手続が必要になると思われる方</u>
7	判定不能	マイナンバーによる情報確認ができなかったため、 <u>すべての被扶養者認定要件の確認が必要な方</u>

2 実施期間

(1) リスト送付時期

令和6年10月上旬～令和6年10月下旬（予定）

(2) リスト提出期限

令和6年11月29日（金）（予定）

3 送付物

- ・被扶養者状況リスト（2枚複写）
- ・説明用リーフレット
- ・被扶養者調書兼異動届（削除用）
- ・被扶養者現況申立書

※被保険者と別居している場合、海外在住の場合等に記入・提出が必要。

- ・マイナ保険証利用促進チラシ
- ・返信用封筒（協会私書箱設置）

4 リストの社会保険労務士への送付について

社会保険労務士へリスト等の送付を希望する場合は、以下の方法にて協会支部へお手続きをお取りください。

(1) 受託事業所様の承諾

社会保険労務士あてにリスト等を送付することについて、受託事業所様に事前に承諾を得てください。

(2) 同意事業所一覧表の作成（別紙 1）

承諾を得た事業所様について、以下の点にご留意いただき同意事業所一覧表を作成してください。

- ① 協会支部別（都道府県別）に作成。
- ② 「通番」欄については、協会支部ごとに 1 番から順に番号を記入。
- ③ 記載する事業所記号は、必ず「数字（被保険者証上部に表示されている 7 桁もしくは 8 桁のもの）」を記載。

※同意事業所一覧表は、前年度に提出していたとしても改めて提出が必要です。

(3) 誓約書の作成（別紙 2 参照）

以下の内容を含んだ、誓約書を作成してください。

- ① 受託事業所の事業主様から事前に承諾を得ていること。
- ② 提出期日までに提出すること。
- ③ 社会保険労務士あてに直接送付することについて、受託事業所様と何らかの理由によりトラブルとなった場合、協会けんぽには一切の責任がないこと。

※誓約書は、前年度に提出していたとしても改めて提出が必要です

(4) 協会支部への提出

誓約書及び同意事業所一覧表を、令和 6 年 8 月 9 日（金）までに管轄の協会支部に提出（郵送）してください。

※同意事業所一覧表及び誓約書については、社会保険労務士において、その写しを保管してください。

5 社会保険労務士へリスト等の送付

「被扶養者状況リスト」は、同意事業所一覧表に記載されている社会保険労務士の事務所所在地に令和 6 年 10 月上旬以降、順次発送いたします。（リストのほか、説明用リーフレット、返信用封筒等を該当事業所分同封いたします。）

なお、昨年度まではリスト等は各都道府県支部から発送しておりましたが、今年度

は本部委託業者から一括で発送いたします。

6 リスト等の提出

確認が完了したリスト等の提出にあたっては、以下の点に特にご留意いただき、ご提出ください。

- (1) 返信用封筒にて、事業所単位で送付してください。
- (2) 被扶養者状況リスト「副」は、事業主控えですので、送付しないようお願いいたします。
- (3) リスト等の写しの返送が必要な場合は、返信用封筒（協会事務局あて）は使用せず、該当する協会支部へ直接提出（郵送）してください。その際は、社会保険労務士の事務所宛の返信用封筒を同封してください。

《理由》

返信用封筒（協会事務局あて）にて提出されたリスト等は、協会けんぽが契約する委託業者が、全国約 135 万事業所分の仕分け作業等を一括して行います。円滑に業務を遂行するため、ご理解とご協力をお願いいたします。

7 協会けんぽにおける情報の利用

社会保険労務士よりご提出いただいた同意事業所一覧表は、協会支部が都道府県社会保険労務士会様等への委託業務として実施する「事業者健診結果データの提供にかかる同意書の取得業務」等の健診等勧奨業務において、協会支部が勧奨事業所を選定するための情報として利用することがあります。

※ 都道府県社会保険労務士会様等と協会けんぽとの間で上記の健診等勧奨業務にかかる委託契約を締結していない場合は、同意事業所一覧表の情報は利用いたしません。

誓 約 書

私は、全国健康保険協会より送付される令和6年度 被扶養者状況リストを同意事業所
一覧表（別添）の受託事業所分について、私あてに直接送付することとし、以下の事項を
厳守することを誓約します。

記

- （１） 被扶養者状況リストの直接送付について、受託事業所の事業主から事前に承諾を得ること。
- （２） 被扶養者状況リストは、提出期限までに必ず提出すること。
- （３） 直接送付について、受託事業所と何らかの理由によりトラブルとなった場合、協会けんぽには一切の責任がないこと。

全国健康保険協会 _____ 支部長 殿

令和6年 月 日

① 事 務 所 名 称 _____

② 事 務 所 所 在 地 _____

③ 社会保険労務士氏名 _____

④ 連 絡 先 電 話 番 号 _____

※①～④は社会保険労務士様の情報を記載してください