

協愛媛支部発第 220629-01 号

令和 4 年 6 月 29 日

愛媛県社会保険労務士会会長 様

全国健康保険協会愛媛支部長



令和 4 年度 被扶養者資格再確認業務に係る貴会会員への
被扶養者状況リスト等の送付に関する周知について（依頼）

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、当協会におきましては、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、令和 4 年度においても「被扶養者資格の再確認業務」を実施いたします。

この業務におきましては、貴会会員と受託契約を締結している事業所にかかる被扶養者状況リストについて貴会会員へお送りする取扱いとしており、このことは別添のとおり令和 4 年 6 月 8 日付で当協会理事長より全国社会保険労務士会連合会会長へお知らせしているところです。

つきましては、ご多忙中誠に恐れ入りますが、別添通知内容について貴会員への周知をお願い申し上げます。

また、下記の誓約書提出にかかる事項につきましては、特に留意くださるよう周知方重ねてお願い申し上げます。

記

1. 提出物について

別添の「誓約書」および「同意事業所一覧表」を事業所管轄の支部へ提出してください。

- ・誓約書は、複数事業所分をまとめて、貴会員につき 1 枚で構いません。
- ・送付対象となる受託事業所が、令和 3 年度実施時と同一である場合も、誓約書の添付をお願いします。

2. 事業所記号の記入について

同意事業所一覧表に記入いただく事業所記号は、必ず「数字（被保険者証に表示されている7桁もしくは8桁のもの）」を記入してください。

3. 誓約書等の提出期限について

令和4年8月18日（木）までに管轄の支部へ提出してください（必着）。

【お問い合わせ先】

全国健康保険協会愛媛支部
業務部業務グループ

TEL 089-947-2109

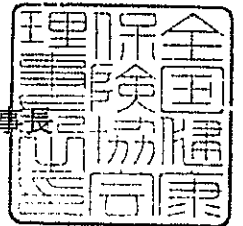
受付時間：平日 8：30～17：15

協発第 220608-04 号

令和 4 年 6 月 8 日

全国社会保険労務士会連合会会長 様

全国健康保険協会理事長



令和 4 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です。

なお、例年どおり、貴会会員と受託契約をしている事業主様に係る当該リストにつきましては、別添の方法により貴会会員にお送りする取り扱いといたします。

お忙しいところ大変恐縮ですが、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。

(確認区分(案)一覧)

確認区分		
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	妻同居	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) (「別居の姪」等)
4	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>
5	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(以前ご加入だった国民健康保険を脱退していない、新たに健康保険の資格を取得した等)ため、以前ご加入だった健康保険の脱退または、 <u>扶養解除の手続きが必要な方</u>
6	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4年10月上旬～令和4年10月下旬(予定)

(2) リスト提出期限

令和4年11月30日(水)

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。

- ・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 4 年 8 月 18 日 (木) 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 4 年 10 月上旬以降、協会支部より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。)

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。

送付先（社労士事務所所在地、名称、連絡先）を記載してください。

〒 ー

電話番号 ー ー

令和4年 月 日提出

全國健康保險協會_____支部

同意事業所一覽表

[illegible]

誓 約 書

私は、全国健康保険協会より送付される令和4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4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