

【健康保険証コピー添付欄】

提出用

ご本人確認のため、被保険者(ご本人様)の健康保険証のコピーを枠内にセロテープ等で剥がれないよう添付してご提出ください。

健康保険扶養状況調査票

パナソニック健康保険組合
(公印省略)

提出期限 令和6年9月20日(金)

被保険者	氏名	生年月日	
	電話番号 自宅 ()-()-()	携帯 ()-()-()	
被扶養者(対象者)	氏名	生年月日	続柄
	削除	◆ 認定基準を満たさないなど、削除対応となる場合はこちらに☑チェックのうえ、この調査票のみご提出ください <input type="checkbox"/> 削除予定 (異動届 提出予定年月日: _____年____月____日) <input type="checkbox"/> 削除済み 削除理由: <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 基準額超過 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 削除手続きはこの調査票ではできません。 調査票を(株)オックスへ提出の上、同封の案内冊子(P.5)をご覧ください	
必須回答	障がい者手帳について: 交付を受けていますか?		
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	認定市区町村名 ()	等級 ()級

▼案内冊子各項目をご確認のうえ、必須提出書類と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
※必須提出書類の代わりとなる書類は同封の案内(P.4)にてご確認ください

(23歳以下) 学生	<input type="checkbox"/> 必須提出書類: 学生証(コピー)*1 または 在学証明書(コピー可)*2 ※1: 学生証は氏名・有効期限が確認できるもの ※2: 在学証明書は令和6年4月1日以降発行のもの	取得先													
		就学先													
学生以外(24歳以上の学生を含む)	<input type="checkbox"/> 必須提出書類: 対象者の令和6年度所得証明書(非課税または課税証明書) ※内容が令和5年1月~令和5年12月のもの	取得先													
		市区町村役場													
	① 収入状況について: 収入はありますか? <input type="checkbox"/> はい	<table border="1"> <thead> <tr> <th>チェック欄</th> <th>必要提出書類</th> <th>取得先</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 給与収入がある 3か月平均 ※交通費を除く <input type="checkbox"/> 108,334円未満 (60歳以上・障害年金受給者:150,000円未満) <input type="checkbox"/> 108,334円以上 (60歳以上・障害年金受給者:150,000円以上) </td> <td> 令和6年5月~7月 給与明細 ※氏名・社名・支給月確認ができるもの ----- 原則は削除対応が必要となりますが、人手不足による一時的な収入超過の場合、上記と合わせて、「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書をご提出ください </td> <td>勤務先</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 年金収入がある <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他 () </td> <td> 年金振込通知書(コピー) または年金額決定通知書(コピー) ※令和6年に発行された直近のもの </td> <td>日本年金機構 年金事務所等</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある その収入は一時的な(今回限り)収入ですか? (遺族相続や土地売却等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の理由:) </td> <td>令和5年分確定申告書一式</td> <td>税務署</td> </tr> </tbody> </table>	チェック欄	必要提出書類	取得先	<input type="checkbox"/> 給与収入がある 3か月平均 ※交通費を除く <input type="checkbox"/> 108,334円未満 (60歳以上・障害年金受給者:150,000円未満) <input type="checkbox"/> 108,334円以上 (60歳以上・障害年金受給者:150,000円以上)	令和6年5月~7月 給与明細 ※氏名・社名・支給月確認ができるもの ----- 原則は削除対応が必要となりますが、人手不足による一時的な収入超過の場合、上記と合わせて、「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書をご提出ください	勤務先	<input type="checkbox"/> 年金収入がある <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他 ()	年金振込通知書(コピー) または年金額決定通知書(コピー) ※令和6年に発行された直近のもの	日本年金機構 年金事務所等	<input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある その収入は一時的な(今回限り)収入ですか? (遺族相続や土地売却等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の理由:)	令和5年分確定申告書一式	税務署	
	チェック欄	必要提出書類	取得先												
<input type="checkbox"/> 給与収入がある 3か月平均 ※交通費を除く <input type="checkbox"/> 108,334円未満 (60歳以上・障害年金受給者:150,000円未満) <input type="checkbox"/> 108,334円以上 (60歳以上・障害年金受給者:150,000円以上)	令和6年5月~7月 給与明細 ※氏名・社名・支給月確認ができるもの ----- 原則は削除対応が必要となりますが、人手不足による一時的な収入超過の場合、上記と合わせて、「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書をご提出ください	勤務先													
<input type="checkbox"/> 年金収入がある <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 企業 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他 ()	年金振込通知書(コピー) または年金額決定通知書(コピー) ※令和6年に発行された直近のもの	日本年金機構 年金事務所等													
<input type="checkbox"/> 給与・年金以外の収入がある その収入は一時的な(今回限り)収入ですか? (遺族相続や土地売却等) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (「はい」の理由:)	令和5年分確定申告書一式	税務署													
<input type="checkbox"/> いいえ															
② 同居・別居状況について: 被保険者と別居していますか? <input type="checkbox"/> はい	別居開始年月日(年 月 日) 令和5年8月~令和6年7月 送金証明書(コピー) ※令和5年9月以降に別居の場合は →別居開始月以降分	銀行等													
<input type="checkbox"/> いいえ (単身赴任・特別養護老人ホームや障がい者施設への入所の場合を含む)															

調査にご協力いただきありがとうございます。この用紙と提出書類を返信用封筒に同封し、郵送してください。

問合せ先	パナソニック健康保険組合 「健康保険扶養状況調査専用コールセンター」	無料通話: 平日のみ 9:00 ~ 17:00 TEL : 0120-390-224
------	---------------------------------------	---