

令和6年度
被扶養者資格調査業務仕様書

島根県市町村職員共済組合

用語解説

- 組合員・・・・・・・・ 島根県市町村職員共済組合に加入する被保険者（加入者）
- 被扶養者・・・・・・・・ 組合員の収入により生計を維持する扶養家族
- 所属所・・・・・・・・ 島根県市町村職員共済組合に加入する県内市町村及び一部事務組合、
広域連合
- 記号・・・・・・・・ 県内市町村及び一部事務組合、広域連合の個別番号
- 番号・・・・・・・・ 組合員の個別番号
- 部課署・・・・・・・・ 組合員が勤務している部課署

1. 業務名称

令和6年度被扶養者資格調査業務

2. 業務目的

島根県市町村職員共済組合（以下「組合」という。）被扶養者認定基準及び被扶養者資格調査事務取扱要領、令和6年度被扶養者資格調査実施手順に基づく被扶養者の適正な資格確認を行うため。

3. 履行期間

契約締結日から令和7年3月31日

4. 調査対象者

令和6年7月3日現在、組合に加入する組合員の以下の(1)～(3)に該当する被扶養者（任意継続組合員に係る者は除く。）

- (1) 普通認定のうち、父母等でいずれか一方が被扶養者である者
- (2) 学生認定の者
- (3) 特別認定の者

5. 対象世帯・件数

1,196世帯 1,506人 ※令和6年7月3日現在

6. 届書等の送付及び電子メールによる報告等

当該調査に係る被扶養者資格確認届書（以下「届書」という。）及び添付書類の送付及び電子メールによる報告等については、次の方法により行うこと。

- (1) 組合と受託者間における届書及び添付書類の郵送による送付は、特定記録郵便等の記録が残る方法で行うこと。
- (2) 業務に関する受託者からの電子メールによる報告は、組合が別途指定したメールアドレスへコンピューターウイルスの脅威に対応した安全な方法により行うこと。

7. 業務内容

組合にて取りまとめた届書及び添付書類を受託者に送付後、以下の業務を実施すること。

- (1) 受理した届書及び添付書類の整理・並べ替え

組合が送付した届書及び添付書類を以下のとおり処理すること。

【処理手順】

① 開封

② 受付日付番

③ 提出書類の並び替え

提出書類の並び替え順

① 届書

② 添付書類

それぞれ所属所名、組合員証番号（記号・番号）順に並べ替え、組合員ごとに

①、②を併せて管理すること。

(2) 調査票等の内容審査

上記 (1) により、整理・並び替えした提出書類一式を認定基準等に基づき、令和 6 年 7 月を基準として直近 1 年間の期間について内容審査を行うこと。

(3) 審査過程において判断困難となった場合の対応

上記 (2) により内容審査した結果、判断困難となった場合、該当者の届書等に【様式 1】判断困難者報告書を添付の上、組合宛てに送付すること。

また、各提出書類の状況・収入金額等について、組合と協議の上データ化を行い、組合へ電子メールにより報告すること。

なお、緊急を要する場合は、電話照会により対応すること。

(4) 書類不備該当者の取扱い

上記 (2) において内容審査した結果、書類不備が判明した場合、以下の取扱いとすること。

① 書類不備該当者リストの作成等

【様式 2】被扶養者資格調査書類不備該当者リスト及び各提出書類の状況・収入金額等について、データ化を行い、組合へ電子メールにより報告すること。

また、該当者の届書等を組合宛て送付すること。

② 書類不備該当者宛て通知文書の作成等

【様式 3】書類不備該当者宛て通知文書を作成の上、組合へ適宜送付すること。

③ 書類不備通知発送日 令和 6 年 10 月上旬～令和 6 年 11 月末（予定）

※ 不備通知については、順次対応すること。

(5) 届書等未提出者への督促通知の作成等

① 書類未提出者の抽出

【様式 4】被扶養者資格調査未提出者リストを作成し、電子メールにより組合へ

報告すること。

② 未提出者宛て通知文書の作成等

【様式 5】未提出者宛て通知文書を作成の上、上記①で作成した扶養状況調査未提出者リストを同封し、組合へ適宜送付すること。

③ 未提出督促通知発送日・・・令和 6 年 9 月中旬（予定）・10 月上旬（予定）

(6) 資格継続非該当者の取扱い

上記 (2) により、資格継続非該当者となった者については、以下の取扱いとすること。

① 資格継続非該当者リストの作成等

【様式 7】資格継続非該当者リストの作成及び各提出書類の状況・収入金額等についてデータ化を行い、組合へ電子メールにより報告すること。

また、該当者の届書等を組合宛て送付すること。

② 資格継続非該当者宛て取消通知文書の作成等

【様式 8】資格継続非該当者宛て取消通知文書を作成の上、上記①で作成した資格継続非該当者リストを同封し、組合へ順次送付すること。

③ 取消通知発送日 令和 6 年 10 月下旬～令和 7 年 1 月末（予定）

(7) 完了報告書の送付

業務完了後、【様式 6】完了報告書を添付し、組合へ報告すること。

なお、報告書の内訳は、以下のとおりとすること。

【内訳】

① 提出者分（資格継続該当分）

② 提出者分（資格継続非該当分）

③ 書類不備該当者分

④ 未提出者分

(8) 届書等の回収

業務完了後、【様式 6】完了報告書とともに、届書及び添付書類を 7. (1) ③のとおり整理・並べ替えの上、組合へ郵送すること。

(9) データの削除

受注者のシステム内に記録した本業務に関するデータは、履行後速やかに削除すること。

8. 留意事項

- (1) 上記 2. を目的とした業務委託であることを踏まえ、受注者は、現に同様の業務を受託し適正に履行している実績があること。
- (2) 受注者は、本仕様書に記載する事項を遵守するとともに、善良なる業務責任者を選任し、責任をもって迅速かつ正確に処理すること。
- (3) 事務従事者への指示は、業務責任者を通じて行うこと。
- (4) 本委託業務によって得られた各種情報のデータ管理は厳重に行い、業務責任者及び事務従事者以外が容易に扱えるコンピュータには保存しないこと。
- (5) 本委託業務に使用する端末は、インターネット回線等、外部回線への接続をしないこと。
- (6) 本委託業務に使用する端末等は、最新のウイルスチェック等を実施し、コンピューターウイルス等による影響を防止すること。
- (7) 業務実施場所において、依頼された業務における書類の整理整頓に留意すること。
- (8) 組合宛てに電子メールを送信する際は、送信先並びに添付ファイルに留意した上、処理を行うこと。
- (9) 受注者は、本委託業務の事務処理を再委託することはできないこと。
ただし、受注者が文書により申し出をし、組合の文書による事前の承諾を得た場合は、この限りではないこと。
- (10) 受注者は、上記 (9) ただし書きに基づき業務を再委託に付する場合、書面により再委託先との契約関係を明確にしておくとともに、受注者の責任において、個人情報等の安全管理の徹底が図られるよう、再委託先に対して適切な指導、監督を行わなければならないこと。
- (11) 受注者は、組合が立入検査を必要と認めるときは立入検査を受けること。
- (12) 受注者は、組合の立入検査に協力すること。
- (13) 立入検査の結果、受注者の業務処理状況が適切でないと認められる場合は、組合は受注者に対してその改善を求めることができること。
- (14) 本仕様書に記載する事項を遵守できない場合、若しくは遵守できないと組合が認めた場合は、契約を解除すること。

9. 個人情報保護

- (1) 業務責任者並びに事務従事者は、業務上知り得た情報を第三者に漏らしてはならないこと。
- (2) 受注者は、日本産業規格 JISQ15001 個人情報保護マネジメントシステム (PMS) 要求事項に適合したシステム運用並びに体制整備が構築されているとともに、契約日

現在において、プライバシーマーク使用の許諾事業者であること。

(3) 本委託業務の処理に際し、個人情報の保護管理に関する覚書を締結すること。

また、当該覚書に定めのない事項については、島根県市町村職員共済組合個人情報保護方針、同保護規程、同保護規程細則によるほか、双方協議の上定めるものとする
こと。

10. その他

(1) 本委託業務に伴う事務用消耗品及び参考図書等は受注者の負担とすること。

(2) 本委託業務に関し、疑義が生じた場合は、双方協議の上迅速に対応すること。

問い合わせ先

島根県市町村職員共済組合（健康管理課 資格調定担当）

島根県松江市千鳥町20番地 ホテル白鳥2階

電話：0852-21-9510

判断困難者報告書

照会No.	報告日	担当者
1	令和6年 月 日	

1.照会対象者

所属所名	番号	組合員氏名	調査対象者氏名

2.照会主旨 例：「事業収入における必要経費の取り扱いについて」

--

3.添付書類（該当するものに○を付してください）

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 給与支払証明書 | <input type="checkbox"/> 所得証明書 | <input type="checkbox"/> 確定申告書 |
| <input type="checkbox"/> 年金関係書類 | <input type="checkbox"/> 診断書 | <input type="checkbox"/> 学生証 |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |

4.照会内容

--

5.回答内容

--

【様式 3】

所 属 所 ○○市
 組合員証番号 000-0000 00000-(1/1)
 組合員氏名 ○○ ○○様
 部課署番号 0000000
 (○○○○課)

令和 6 年●月●日
 島根県市町村職員共済組合 健康管理課

被扶養者資格調査における追加書類等提出のお願い

平素は、本組合の業務運営につきまして、格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
 さて、御提出頂きました書類を確認した結果、下記該当者の方について必要書類が添付されてお
 りませんでした。

つきましては、下記のとおり必要書類を御用意頂き本通知とともに期限までに必ず御提出くださ
 いますよう、よろしくお願いいたします。

記

1. 不足書類該当者及び必要書類

被扶養者氏名	必要書類	必要書類の内容
○○ ○○	給与明細書	直近 12 ヶ月分の給与明細書【コピー】が必要ですが、提出済の給与明細書は不足月があります。 (令和 6 年 4 月～6 月分)
	課税(非課税)証明書	市区町村役場で発行される令和 6 年度(令和 5 年 1 月～12 月分)所得証明書(非課税または課税 証明書)【原本】を御提出ください。
備考欄		

2. 提出書類について

- ①1. の必要書類欄に記載されている「書類」を御用意いただき、必要書類の内容を確認の上、本
 通知(被扶養者資格調査における追加書類提出のお願い)と併せて御提出ください。
- ②必要書類の御提出ができない場合は、理由を備考欄に記入の上、本通知を御提出ください。

3. 注意事項

正当な理由がなく確認届書及び必要書類の御提出がない場合は、当該被扶養者について、検認を
 受けていないことから地方公務員等共済組合法施行規程第 97 条及び 100 条第 2 項の規定により「被
 扶養者証(保険証)」を無効とするとともに、認定を取消し、資格の継続をしないこととします。

また、必要書類に不備があり、本組合が指定した日までに御提出がない場合も同様な取り扱いと
 します。

4. 提出期限

令和 6 年●月●日 (●) 共済組合必着

5. 提出先

所属所共済事務担当課 ※提出期限は担当課で御確認ください。

6. お問い合わせ先

健康管理課 TEL : 0852-21-9510

大至急御対応下さい

所 属 所 ○○市
 組合員証番号 000-0000 00000-(1/1)
 組合員氏名 ○○ ○○様
 部課署番号 0000000
 (○○○○課)

令和 6 年●月●日
 島根県市町村職員共済組合 健康管理課

被扶養者状況調査(検認)書類提出のお願い

平素は、本組合の業務運営につきまして、格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
 さて、令和 6 年●月●日提出期限にて御依頼しております被扶養者状況調査(検認)の回答が未だ本組合に届いておりません。下記期限までに「被扶養者資格確認届書」及び必要書類を必ず御提出くださいますようお願いいたします。

なお、この案内は令和 6 年●月●日現在の回答状況に基づいて送らせていただきました。行き違いで回答をいただいている場合は、何卒御容赦ください。

また、下記期限に回答がない場合、当該被扶養者について、検認を受けていないことから地方公務員等共済組合法施行規程第 97 条及び 100 条第 2 項の規定により「被扶養者証(保険証)」を無効とするとともに、認定を取消し、資格の継続をしないこととします。

記

1. 提出書類
 - ① 「被扶養者資格確認届書」
 - ② 必要書類

※ 所属所共済事務担当課で御確認ください
2. 提出期限 **令和 6 年●月●日 共済組合必着**
3. 注意事項 調査の結果、認定基準から外れると判定された方は、被扶養者取消の手続きが必要となります。その際は、別途被扶養者申告書(取消)と必要な書類を提出してください。(資格要件を満たさなくなった日まで遡って、取消しとなる場合もあります)
4. お問い合わせ先
 健康管理課 TEL : 0852-21-9510

令和●年●月●日

完了報告書

島根県市町村職員共済組合理事長 様

事業所名

代表者氏名

⑩

弊社が受託した令和6年度被扶養者資格調査について、下記のとおり報告いたします。
また、調査票一式については、別添のとおり送付いたします。

記

1. 処理完了日 令和●年●月●日

2. 処理内容

No.	区分	件数	備考
1	提出者分①	件	資格継続該当分
2	提出者分②	件	資格継続非該当分
3	書類不備該当者分	件	
4	未提出者分	件	

担当部署	
担当者氏名	
電話番号	

所 属 所 ○○市
 組合員証番号 000-0000 00000-(1/1)
 組合員氏名 ○○ ○○様
 部課署番号 0000000
 (○○○○課)

令和 6 年●月●日
 島根県市町村職員共済組合 健康管理課

被扶養者資格調査における取消し手続きのお願い

平素は、本組合の業務運営につきまして、格別の御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
 さて、御提出頂きました書類を確認した結果、下記該当者の方について被扶養者資格を満たしていないことが確認できました。
 つきましては、「被扶養者申告書（取消）」に御記入の上、期限までに必ず御提出くださいますよう、よろしくお願いたします。

記

1. 取消し該当者及び取消し理由

被扶養者氏名	取消し日	理由
○○ ○○	令和●年●月●日	御提出いただきました給与明細書のうち、令和●年●月～●月の給与収入の平均額が 108,333 円を超過しているため。
備考欄		

2. 提出書類について

「被扶養者申告書（取消）」に御記入の上、御提出下さい。

3. 注意事項

正当な理由がなく「被扶養者申告書（取消）」の提出がない場合は、当該被扶養者について、検認を受けていないことから地方公務員等共済組合法施行規程第 97 条及び 100 条第 2 項の規定により「被扶養者証(保険証)」を無効とするとともに、認定を取消し、資格の継続をしないこととします。
 また、必要書類に不備があり、本組合が指定した日までに御提出がない場合も同様な取り扱いとします。

4. 提出期限

令和 6 年●月●日 (●) 共済組合必着

5. 提出先

共済事務担当課 ※提出期限は担当課で御確認ください。

6. お問い合わせ先

健康管理課 TEL : 0852-21-9510