

《 20歳以上60歳未満の配偶者用です 》

健康保険被扶養者（異動）届

| | | | |
|----------------|-------------------|--------------|-------|
| 事務センター長 所 長 | 副事務センター長 副 所 長 | グループ長 課 長 | 担 当 者 |
| | | | |

| | | |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| 2 0 2 | | |

正

① 事業所整理記号 ② 被保険者整理番号 ③ 被保険者の氏名 ④ 生年月日 ⑤ 性別 ⑥ 異動の別 ⑦ 変更内容(削除(変更)の場合) ⑧ 資格取得年月日 ⑨ 標準報酬月額

⑩ 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 ⑪ 生年月日(訂正後) ⑫ 手帳記号番号 ⑬ 被扶養者(第3号被保険者)になった理由 ⑭ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由

⑮ 被扶養者の氏名 ⑯ 生年月日 ⑰ 性別 ⑱ 続柄 ⑲ 職業 ⑳ 収入 ㉑ 被扶養者になった日 ㉒ 被扶養者でなくなった日 ㉓ 被保険者証回収区分 ㉔ 備考

⑳ 被保険者証不要 ※ 要 0 不要 1

（事業主が確認した場合に○を記入してください。）

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

平成 年 月 日提出

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名 (印)

電 話 (局) 番

| | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|--|-----------------|---|---|--|-------------------|------------------------|
| ① 事業所整理記号 2 | ② 被保険者整理番号 123456 | ③ 被保険者の氏名 フリガナ タイヨウ (氏) 太郎 (名) | ④ 生年月日 ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 2 0 6 2 5 | ⑤ 性別 ★ 男1 女2 | ⑥ 異動の別 ★ 追加1 削除2 (変更) | ⑦ 変更内容(削除(変更)の場合) ★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他 | ⑧ 資格取得年月日 2 8 1 0 0 1 | ⑨ 標準報酬月額 3 6 0 | |
| ⑩ 基礎年金番号又は手帳記号番号 9 8 7 6 0 2 4 6 8 1 | | ⑪ 生年月日(訂正後) ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 9 8 7 6 9 7 5 3 1 8 | ⑫ 手帳記号番号 | | ⑬ 被扶養者(第3号被保険者)になった理由 ★ ア.被保険者が被用者保険制度に加入 イ.被保険者の所属する年金制度等の変更 a.厚生年金保険-共済組合 b.共済組合-厚生年金保険 c.共済組合-共済組合 ウ.婚姻 エ.被扶養者の離職(2号喪失) オ.被扶養者の所得減少 カ.その他 | | ⑭ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由 ★ 死亡 () その他 () | | |
| ⑯ 被扶養者の氏名 フリガナ タイヨウ (氏) 花子 (名) | | ⑰ 生年月日 ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 0 9 1 0 | ⑱ 性別 ★ 男1 女2 | ⑲ 続柄 妻 | ⑳ 職業 パート | ㉑ 収入 980,000 | ㉒ 被扶養者になった日 | ㉓ 被扶養者でなくなった日 | ㉔ 備考 記入しないで下さい |
| ⑳ 郵便番号 | | ㉕ 住所コード ※ 住所コード (フリガナ) 群馬県高崎市栄町5-1 | ㉖ 氏名変更(訂正)年月日 | | ㉗ 外国人区分 ★ 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人 | ㉘ 被扶養者通称名 (フリガナ) | | ㉙ 種別 | ㉚ 強制付番指定 ※ 1.強制付番指定 |

同居の場合は『同居』と記入。
別居の場合は配偶者の住所を記入

配偶者以外の被扶養者がある場合、記入下さい

| 被扶養者番号 | 被扶養者の氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 職業 | 収入 | 被扶養者になった日 | 被扶養者でなくなった日 | 理由 | 解除事由 | 同居・別居の別 | 住所地(都道府県) | 被保険者証回収区分 | 備考 |
|--------|-----------------|----------------------------------|---------|----|----|----|-----------|-------------|---------------------|------|---------|-----------|-----------|---------|
| ※ | フリガナ (氏) 太郎 (名) | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 2 0 6 2 5 | ★ 男1 女2 | ※ | ※ | ※ | 年 月 日 | 年 月 日 | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | ※ | 同居・別居 | ※ | ※ | 添付返不能減失 |
| ※ | フリガナ (氏) 太郎 (名) | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 0 9 1 0 | ★ 男1 女2 | ※ | ※ | ※ | 年 月 日 | 年 月 日 | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | ※ | 同居・別居 | ※ | ※ | 添付返不能減失 |
| ※ | フリガナ (氏) 太郎 (名) | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 2 0 6 2 5 | ★ 男1 女2 | ※ | ※ | ※ | 年 月 日 | 年 月 日 | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | ※ | 同居・別居 | ※ | ※ | 添付返不能減失 |

平成 年 月 日提出

扶養に関する申立書
(添付書類が提出できない事情にある場合に記入してください。)

上記の事実と相違ありません。 氏名 (印)

社会保険労務士の提出代行者印

年金事務所受付印

送信

送信

《 20歳以上60歳未満の配偶者用です 》

資格取得・種別変更・種別確認 (3号該当)

資格喪失・死亡

氏名・生年月日・性別変更(訂正)届

被扶養配偶者非該当

| | | | |
|----------------|-------------------|--------------|-----|
| 事務センター長 所 長 | 副事務センター長 副 所 長 | グループ長 課 長 | 担当者 |
| | | | |

国民年金第3号被保険者

届書コード

| |
|----|
| 届書 |
|----|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| 第3号被保険者等の配偶者欄 | 配偶者の氏名 (フリガナ) タイヨウ (氏) 太陽 (名) タロウ (名) 太郎 | 配偶者の生年月日 ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 2 0 6 2 5 | 第3号該当・非該当 ★ 該当・非該当 (変更) | 変更内容 非該当(変更)の場合 ★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他 |
| 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 9 8 7 6 0 2 4 6 8 1 | 共済番号表示 ※ 1. 配偶者共済 番号表示 3 7 0 0 8 5 2 | 郵便番号 3 7 0 0 8 5 2 | 配偶者住所 ※住所コード (フリガナ) カンマケンカガサキヤカゴチヨウ 群馬県高崎市栄町5-1 | 備考 #REF! |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 基礎年金番号又は手帳記号番号 9 8 7 6 9 7 5 3 1 8 | 生年月日(訂正後) ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 0 9 1 0 | 手帳記号番号 # # # # # # # # # # # # # # # # | 資格取得・種別変更・種別確認の理由 ★ ア. 配偶者が被用者年金制度等に加入 イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 a. 厚生年金保険-共済組合 b. 共済組合-厚生年金保険 c. 共済組合-共済組合 ウ. 婚姻 エ. 本人の職職(2号喪失) オ. 本人の所得減少 カその他() | 被扶養配偶者でなくなった理由 ★ 06 死亡 #REF! 03 その他 #REF! |
| 被保険者氏名 (フリガナ) タイヨウ (氏) 太陽 (名) ハナコ (名) 花子 | 生年月日(訂正前) ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 0 9 1 0 | 性別 ★ 男.1 女.2 男.1 | 資格取得(種別変更・種別確認)年月日 # # # # # # # # # # # # # # # # | 被扶養配偶者でなくなった日 # # # # # # # # # # # # # # # # |
| 郵便番号 # # # # # # # # | 被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入) ※住所コード (フリガナ) #REF! | 氏名変更(訂正)年月日 年 月 日 | 外国人区分 ★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人 | 被保険者通称名 (フリガナ) |
| 受給権確認表示 ※下記以外は省略 1. 65歳以上の扶養配偶者が受給権を有しないと確認された場合 | 納付書抑止表示 ※1. 納付書作成しない | 送 信 | 送 信 | 送 信 |

同居の場合は『同居』と記入。
別居の場合は配偶者の住所を記入

記入しないで下さい

◎健康保険の被扶養者に関する届出をする方のうち、配偶者が届出事由に該当する場合にはこの届書を提出してください。
ただし、20歳未満又は60歳以上の方は提出が不要です。また、配偶者が被用者年金制度(厚生年金、共済組合等)に加入し
被扶養者でなくなった場合についても届出は不要です。

(注)

| | | | |
|----|-------------------|----|----------------------|
| 30 | 第3号A(厚生年金保険・船員保険) | 36 | 第3号G(地方公務員等共済組合) |
| 31 | 第3号A(厚生年金保険・健康保険) | 37 | 第3号J(日本私立学校振興・共済事業団) |
| 32 | 第3号C(国家公務員共済組合) | | |

事業主等受付年月日

年金事務所

| | |
|-----|-----------|
| 受付印 | 被扶養者認定 |
| | 被扶養者認定年月日 |

配偶者の住所・氏名・電話番号を記入し、捺印して下さい

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

○届書記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者等のものに相違ないことを確認する。

平成 ### 年 ### 月 ### 日提出

〒 #REF! - #REF!

事業所所在地 #REF!

事業所名称 #REF!

事業主氏名 #REF! ㊟

電 話 #REF! (#REF! 局) #REF! 番

上記のとおり被保険者からの第3号関係の届出がありましたので提出します。

○第3号該当の届出の場合、記載の被保険者は、健康保険又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。

認定年月日 平成 年 月 日
(資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は記載の必要はありません。)

平成 年 月 日提出

(医療保険者) 所在地 〒

名 称

代表者等氏名 ㊟

電 話 (局) 番

この届書記載のとおり届出します。

日本年金機構構理事長 あて

平成 年 月 日提出

(届出人)

住所 〒

氏名 ㊟

電 話 (局) 番