

健康保険被扶養者（異動）届 【増】

理事長	常務理事	事務長	担当

注1) 記入後、下記の【添付書類】と一緒に送付して下さい
 注2) 申請する家族が配偶者（妻・夫）の場合は、『国民年金第3号被保険者届』が必要です

被 保 険 者 （ 本 人 ） 欄	①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	(ア) 被 保 険 者 の 氏 名		③ 生 年 月 日		(イ) 性 別	④異動の別	(エ) 資格取得年月日		(オ) 標準報酬月額	
			(氏)	(名)	★ 昭.5 平.7	年 月 日	★男1 女2	★ 追加1 ・ 削除2 (変更)	★昭.5 平.7 令.9	年 月 日	千円	
	(ク) 被 保 険 者 の 【住 民 票】 住 所									(ノ)被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください		
	〒								配偶者の 年間収入	円	被保険者の 年間収入	円

注3) 被扶養者として認定されるには、主として被保険者の収入によって生計を維持していることが必要です（大まかに、生活費の半分以上をまかなっている状態）
注4) 虚偽の申請による罰則（健康保険法第58条1項）：被保険者が扶養の実態がない家族を虚偽の申請により認定を受けたことが判明した場合は、被扶養者の資格はさかのぼって取り消され、被扶養者資格の削除日以降に発生した医療費の全額及びその他給付金を過去にさかのぼって返還しなくてはなりません

申 請 す る 家 族 欄	⑤同居・別居の別	⑥ 被 扶 養 者 の 氏 名	⑦ 生 年 月 日	⑧性別	⑨続柄	(セ) 職業	(ソ) 収入 (月額)	⑩被扶養者になった日	(シ)被扶養者になった理由 注4) 下記【添付書類】を参照し、必要な書類を添付下さい		
	同・別	(フリガナ) (氏) (名)	★ 昭.5 平.7 令.9	★ 男1 女2				年 月 日	1. 被保険者の入社 2. 被保険者の契約変更 3. 結婚 (入籍日 年 月 日) 4. 子の出生 5. 家族の退職 (退職日 年 月 日) 6. 家族の収入減 (変更日 年 月 日) 7. 家族の失業保険 終了 (終了日 年 月 日) 8. 家族の同居 (引越日 年 月 日) 9. その他 []		
	同・別	(フリガナ) (氏) (名)	★ 昭.5 平.7 令.9	★ 男1 女2				年 月 日			
	同・別	(フリガナ) (氏) (名)	★ 昭.5 平.7 令.9	★ 男1 女2				年 月 日			
	※別居の場合 (ツ) 【住 民 票】 住 所										
	〒										

年 月 日提出

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。

年 月 日提出

〒 -

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電 話 () 局 番

【添付書類】：今回申請する理由や状況がわかるものを添付下さい

申 請 理 由	結婚による	■婚姻届受理証明書 など
	子の出生による	■住民票 母子手帳(写) など1点
	家族の退職による	■雇用保険離職票(写) ■社会保険資格喪失証明書 など1点
家 族 の 状 況	収入がある場合	■前年度源泉徴収票(写) ■直近3ヶ月の給与明細(写) ■直近年金振込通知書(写) ■雇用保険受給資格者証(写) など
	無職の場合	■所得(非課税)証明書 など
	18才以上の学生の場合	■在学証明書 ■学生証(写) など1点
	別居の場合	■通帳(写) など ※ただし、学生、単身赴任は不要

受付日付印

●詳しくはホームページ [被扶養者認定に必要な添付書](#) をご覧ください

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届

令和 年 月 日提出

事業所所在地	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()
事業主等 受付年月日	令和 年 月 日

日本年金機構

社会保険労務士記載欄
氏名等

① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和	年	月	日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
			7. 平成					
④ 個人番号 [基礎年金番号]								
⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) 〒 -							

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日		② 生年月日	5. 昭和	年	月	日	③ 性別(候補)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)			7. 平成					
④ 個人番号 [基礎年金番号]									
⑤ 外国籍			⑥ 外国人通称名	(フリガナ)					
⑦ 住所	同居 別居	〒 -	⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()					
⑨ 第3号被保険者になった日		7. 平成 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()					
⑪ 配偶者の加入制度		31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険	⑭ 備考						
⑫ 第3号被保険者でなくなった日		7. 平成 年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡 (年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他 ()					

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

組合(保険者)番号	
上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合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 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
所在地	〒 -
名称	
代表者等氏名	
電話	()