

健康保険被扶養者（異動）届 【減】

理事長	常務理事	事務長	担当

注1) 必要事項を全て記入後、1部コピーし、被保険者氏名欄に2部とも押印の上、必要書類を添えて、提出して下さい

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（就職先で健康保険に加入した場合は不要）

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
(ク) 被 保 険 者 の 住 所													
〒													

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

これは、大まかに認定対象者の生活費の半分以上を被保険者の収入によってまかなっている状態をいいます

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被扶養者でなくなった日	(ス) 被扶養者でなくなった理由 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)	★昭.5 平.7 令.	★ 男1 ・ 女2				年 月 日	1. 就職 (入社日 年 月 日)
	(氏) : (名)	年 月 日						
同・別	(フリガナ)	★昭.5 平.7 令.9	★ 男1 ・ 女2				年 月 日	3. 失業保険の受給開始 (開始日 年 月 日)
	(氏) : (名)	年 月 日						
同・別	(フリガナ)	★昭.5 平.7 令.	★ 男1 ・ 女2				年 月 日	5. 別居 (引越日 年 月 日)
	(氏) : (名)	年 月 日						
※別居の場合 (ツ) 住 所								7. 死亡 (死亡日 年 月 日)
〒								

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

年 月 日提出

<p>● 全ての場合</p> <p>（ 扶養家族の状況 ）</p> <p>就職による</p> <p>収入増による</p> <p>失業保険の受給開始による</p> <p>亡くなったことによる</p>	<p>■ 扶養家族から外れる人の健康保険証(原本)</p> <p>■ 新しい健康保険証(写) ※健康保険に加入した場合</p> <p>■ 直近3ヶ月の給与明細(写)</p> <p>■ 前年度源泉徴収票(写) ■ 所得証明書</p> <p>■ 雇用契約書(写)</p> <p>■ 直近年金振込通知書(写) など</p> <p>■ 雇用保険受給資格者証(両面写) など</p> <p>■ 死亡診断書(写) ■ 埋葬許可証(写) など</p>
--	--

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類](#) 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
		④ 個人番号 [基礎年金番号]	7. 平成					
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 (続柄)	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)		④ 個人番号 [基礎年金番号]							
	※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□		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 ()		⑭ 備考	
	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 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団								
	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。

医療 保 険 者 記 入 欄	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	()	