

届出書の記入例

いずれかを○で囲んでください。
 被扶養者が増えたとき 追加1
 被扶養者が減ったとき 削除(変更)2
 被扶養者の氏名等に変更があったとき 削除(変更)2
 ※ただし、被保険者資格取得届と同時にこの届書を提出される場合は、記入は不要です。

「④異動の別」にて「削除(変更)2」に○を囲んだ場合、次のいずれかを○で囲んでください。
 「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」

いずれかを○で囲んでください。
 ・被保険者が全国健康保険協会等健康保険組合等の被用者保険制度に加入した場合: A被保険者が被用者保険制度に加入・転職等により被保険者が所属する年金制度が変更となった場合: I被保険者の所属する年金制度等の変更
 ※さらにその内容について次のa, b, cのいずれかを○で囲んでください。
 a 厚生年金保険から共済組合へ変更となった場合: I共済組合→共済組合
 共済組合から厚生年金保険へ変更となった場合: D共済組合→厚生年金保険
 ・配偶者が増減により被保険者の被扶養者となった場合: ①増減
 ・配偶者が離職により厚生年金保険の被扶養者資格を喪失し被保険者の被扶養者となった場合: 工被扶養者の離職(2号喪失)
 ・配偶者の収入が減少し、今後見込まれる収入が年間130万円未満となった場合: 才被扶養者の所得減少
 ・その他の理由による場合: カその他
 ※その理由を()内に次のとおり記入してください。

健康保険被扶養者(異動)届

実態がわかるように「主婦」、「年金受給者」等と記入してください。

3枚目の国民年金第3号被保険者届を同時に提出する場合は、被保険者及び配偶者である被扶養者の基礎年金番号を必ず記入してください。

事業主は、事業所整理記号、被保険者整理番号を必ず記入してください。

正
 ◎◎◎◎
 被保険者欄
 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資格取得年月日
 ⑧標準報酬月額

①事業所整理記号 〒100-0000	②被保険者整理番号 10	③被保険者の氏名 フリガナ ネンキン タロウ (氏名) 年金 太郎 (印鑑)	④生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日 551010	⑤性別 ★男 ★女	⑥異動の別 ★追加1 ★削除2 ★死亡 ★氏名変更(訂正) ★生年月日訂正 ★性別訂正 ★その他	⑦資格取得年月日 平成.7 年 月 日 170410	⑧標準報酬月額 千円 200
-----------------------	-----------------	--	--	-----------------	---	----------------------------------	----------------------

配偶者である被扶養者の生年月日に訂正がない場合は、記入しないでください。

配偶者の住所及び郵便番号を記入してください。被保険者欄と同じである場合は、「同居」と記入してください。

子などを被保険者が扶養している状況にあるかを審査するため、被扶養者でない配偶者を有する場合、配偶者の年間収入を記入してください。また、被保険者の年間収入も記入してください。※この欄を記入する場合は、「配偶者である被扶養者欄」は記入しません。

配偶者以外の被扶養者が有る場合に氏名、生年月日、性別(○で囲む)、被保険者との続柄(父、母、子、祖父、祖母など)を記入します。

所得税法により規定されている控除対象配偶者、扶養親族となっていることを事業主が確認した場合は、事業主が「確認」を○で囲んでください。この場合、被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「課税(非課税)証明書」等の添付を省略できます。

事業主がこの届書を年金事務所又は事務センターへ提出した日を記入してください。

⑨配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 12348765432	⑩生年月日(訂正欄) 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	⑪手帳記号番号 12300022	⑫被扶養者(第3号被保険者)になった理由 a. 被保険者が被用者保険制度に加入 b. 被保険者の所属する年金制度等の変更 c. 厚生年金保険→共済組合 d. 共済組合→厚生年金保険 e. 共済組合→厚生年金保険 f. 共済組合→共済組合 g. その他	⑬被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由 a. 死亡 b. 被扶養者の離職(2号喪失) c. 被扶養者の所得減少 d. その他
-----------------------------------	---	---------------------	--	---

⑭被扶養者の氏名 フリガナ ネンキン ハナコ (氏名) 年金 花子	⑮生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日 560326	⑯性別 ★男 ★女	⑰続柄 ★妻 ★主婦なし	⑱収入 平成.7 年 月 日 230707	⑲被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	⑳被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㉑被保険者証の印字 170410	㉒備考 死亡(平成 年 月 日死亡)
---	--	-----------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	-----------------------

⑳被扶養者の住所 〒100-0000	㉑郵便番号 1200022	㉒住所コード フリガナ	㉓氏名変更(訂正)年月日 平成.7 年 月 日	㉔外国区分 ★1. 米国人(強引) ★2. 1以外の外国人
-----------------------	------------------	----------------	----------------------------	-------------------------------------

㉕被扶養者でない配偶者を有する配偶者の氏名 フリガナ	㉖生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㉗性別 ★男 ★女	㉘続柄 ★妻 ★主婦なし	㉙収入 平成.7 年 月 日	㉚被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㉛被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㉜被保険者証の印字 170410	㉝備考 1. 75歳到達 同居・別居 2. 障害認定 ※ 添付返不能除去
-------------------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	--

㉞被扶養者の氏名 フリガナ	㉟生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊱性別 ★男 ★女	㊲続柄 ★妻 ★主婦なし	㊳収入 平成.7 年 月 日	㊴被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊵被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊶被保険者証の印字 170410	㊷備考 別居の場合は、被保険者がする1か月あたりの仕送額を記入してください。ただし、遠隔地の大学等へ進学するため別居している屋間の学生は除きます。
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	--

㊸被扶養者の氏名 フリガナ	㊹生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊺性別 ★男 ★女	㊻続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 いずれかを○で囲んでください。 被扶養者(第3号被保険者)であった配偶者が死亡した場合: 死亡 *死亡年月日 を記入してください。 その他の理由による場合: その他() ※その理由(就職、収入増加、離婚等)を()内に記入してください。また、後期高齢者医療の被保険者に該当する場合は()内に次のとおり記入してください。 75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となった場合: 75歳到達 一定の障害に該当し広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となった場合: 障害認定
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	--

㊿被扶養者の氏名 フリガナ	㊽生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊾性別 ★男 ★女	㊿続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 収入には非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等を含みます。非課税対象となる収入がある場合は、「別途」受取金額のわかる通知書等のコピーが必要になります。
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	---

㊽被扶養者の氏名 フリガナ	㊾生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊿性別 ★男 ★女	㊼続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 実態がわかるように「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、16歳以上の学生の場合は、「高校〇年」等と記入してください。
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	---

㊽被扶養者の氏名 フリガナ	㊾生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊿性別 ★男 ★女	㊼続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 被扶養者でなくなった理由が次のいずれかである場合は、該当を○で囲んでください。 ※この場合、「ハ理由」は記入不要です。 後期高齢者医療の被保険者となった場合: 1.75歳到達 一定の障害に該当し広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となった場合: 2.障害認定
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	---

㊽被扶養者の氏名 フリガナ	㊾生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊿性別 ★男 ★女	㊼続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 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。
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	---

㊽被扶養者の氏名 フリガナ	㊾生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊿性別 ★男 ★女	㊼続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 所得税法により規定されている控除対象配偶者、扶養親族となっていることを事業主が確認した場合は、事業主が「確認」を○で囲んでください。この場合、被保険者によって生計を維持されていることを証明できる「課税(非課税)証明書」等の添付を省略できます。
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	---

㊽被扶養者の氏名 フリガナ	㊾生年月日 明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.7 年 月 日 平成.7 年 月 日	㊿性別 ★男 ★女	㊼続柄 ★妻 ★主婦なし	㊼収入 平成.7 年 月 日	㊽被扶養者になった日 平成.7 年 月 日	㊾被扶養者でなくなった日 平成.7 年 月 日	㊿被保険者証の印字 170410	備考 事業主がこの届書を年金事務所又は事務センターへ提出した日を記入してください。
------------------	--	-----------------	--------------------	-------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------	--

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下さい。)

上記の事実と相違ありません。氏名

社会保険労務士の提出

被保険者がこの届書を事業主へ提出した日を記入してください。

被扶養者となる者が被保険者に扶養されていることが添付書類にて確認できない場合、被保険者が扶養している状況を記入してください。

被保険者からの被扶養者の届出がありましたので提出します。

〒100-0000
東京都千代田区霞ヶ関1-2-2

名称 健保サービス株式会社 (代表者印)

代表取締役社長 健保良一

電話 03(1234局)5678番

平成23年7月8日提出

平成23年7月8日提出