

健康保険 被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

常務理事	総務課長	課長補佐	担当者	担当者

事業主記入欄	事業所所在地	届書記入の個人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	
	確認欄	<input type="checkbox"/> 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。
	事業主受付年月日	令和 年 月 日

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

A 被保険者欄	① 被保険者証 記号	② (フリガナ) 番号	③ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	④ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		氏名	⑤ 個人番号						
	⑥ 住所	〒 - (フリガナ)	⑦ 資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	⑧ 標準報酬月額	千円

配偶者が被扶養者(第3号被保険者)になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

B 配偶者である被扶養者欄	① 第3号被保険者に関し、以下のとおり提出します。 令和 年 月 日	② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	③ 続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻(未届) <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫(未届)
	氏名 (フリガナ) 氏名	④ 個人番号						
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <small>※同居の場合も住民票の住所を記入してください。</small>	⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名 (フリガナ)	⑦ 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先	<input type="checkbox"/> その他
	⑨ 被扶養者(第3号被保険者)になった日	令和 年 月 日	⑩ 理由	<input type="checkbox"/> 配偶者の就職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> その他	⑪ 職業	⑫ 収入(年収)	円	⑬ 非該当(変更) 被扶養者でなくなった日
	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。	配偶者の収入(年収)	円	⑭ 備考	⑮ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	⑯ 証回収区分 ※ 添付・返不能・減失	⑰ 認定欄 ※	

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

C その他の被扶養者欄1	① (フリガナ) 氏名	② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	③ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	④ 続柄	⑥ 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所記入)
	⑦ 被扶養者になった日	令和 年 月 日	⑧ 職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 小・中学生以下 <input type="checkbox"/> 高・大学生 <input type="checkbox"/> その他	⑨ 収入(年収)	円	⑩ 理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 収入減()			
	⑪ 被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	⑫ 理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> その他	⑬ 備考	⑭ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	⑮ 証回収区分 ※ 添付・返不能・減失	⑯ 認定欄 ※			

C その他の被扶養者欄2	① (フリガナ) 氏名	② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	③ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	④ 続柄	⑥ 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所記入)
	⑦ 被扶養者になった日	令和 年 月 日	⑧ 職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 小・中学生以下 <input type="checkbox"/> 高・大学生 <input type="checkbox"/> その他	⑨ 収入(年収)	円	⑩ 理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 収入減()			
	⑪ 被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	⑫ 理由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> その他	⑬ 備考	⑭ 続柄確認済み <input type="checkbox"/>	⑮ 証回収区分 ※ 添付・返不能・減失	⑯ 認定欄 ※			

副

健康保険 被扶養者(異動)届

令和 年 月 日 提出

受付印

事業主記入欄	事業所所在地	届書記入の個人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	
事業主等受付年月日		年 月 日

下記のとおり(認定・削除)しましたので通知します。

令和 年 月 日

京都自動車健康保険組合

理事長 西村 勇

A 被保険者欄	① 被保険者証	② (フリガナ)	③ 生年月日	昭和平成令和	④ 性別	男 女
	記号	番号	氏名	個人番号		
	住所	(フリガナ)	⑦ 資格取得年月日	昭和平成令和	⑧ 標準報酬月額	千円

配偶者が被扶養者(第3号被保険者)になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

B 配偶者である被扶養者欄	① 第3号被保険者に関し、以下のとおり提出します。	令和 年 月 日	② 生年月日	昭和平成令和	③ 続柄	夫(未届) 妻(未届)
	氏名	(フリガナ)	氏名	個人番号		
	住所	同居 別居	⑦ 住所	⑧ 電話番号	⑨ 職業	⑩ 収入(年収)
該当	被扶養者(第3号被保険者)になった日	令和 年 月 日	理由	⑪ 職業	⑫ 収入(年収)	円
非該当(変更)	被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	令和 年 月 日	理由	⑬ 備考	⑭ 証回収区分	⑮ 認定欄

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

C その他の被扶養者欄1	① (フリガナ)	② 生年月日	昭和平成令和	③ 性別	男 女	④ 続柄	⑤ 住所	同居 別居(住所記入)
	氏名							
	該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	理由	⑧ 職業	⑨ 収入(年収)	円	⑩ 理由
非該当(変更)	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	⑪ 備考	⑫ 証回収区分	⑬ 認定欄		

C その他の被扶養者欄2	① (フリガナ)	② 生年月日	昭和平成令和	③ 性別	男 女	④ 続柄	⑤ 住所	同居 別居(住所記入)
	氏名							
	該当	被扶養者になった日	令和 年 月 日	理由	⑧ 職業	⑨ 収入(年収)	円	⑩ 理由
非該当(変更)	被扶養者でなくなった日	令和 年 月 日	理由	⑪ 備考	⑫ 証回収区分	⑬ 認定欄		

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

日本年金機構

提出者情報	事業所所在地	届書記入の個人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			
事業主等受付年月日		年	月	日

社会保険労務士記載欄
氏名等

A 配偶者欄 (第2号被保険者)	氏名	① (フリガナ)	② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	③ 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		④ 個人番号							
	住所	〒 - (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。

B 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) 氏名 ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します。		② 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	③ 続柄	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 夫(未届) <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 妻(未届)
	④ 住所	〒 - ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。		⑤ 外国籍			⑥ 外国人通称名	(フリガナ)		
	⑦ 住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			⑧ 電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	⑨ 該当 第3号被保険者になった日	令和 年 月 日	⑩ 理由	<input type="checkbox"/> 配偶者の就職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 離職 ()		⑮ 備考				
⑪ 配偶者の加入制度	⑬ 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 非該当(変更) 第3号被保険者でなくなった日	令和 年 月 日	⑭ 理由	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増加・就職 <input type="checkbox"/> その他()							

健康保険証の発行元に確認を受けてください。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	06260368
	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。	
	届書記載の第3号被保険者は、健康保険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、記入の必要はありません。)	
	所在地	〒 612 - 8585 京都市伏見区竹田向代町51-5 京都自動車会館内
	名称	京都自動車健康保険組合
代表者等氏名	理事長 西村 勇	
電話	075 - 672 - 5381	

健康保険 被扶養者(異動)届 記入要領

この届書は、新たに被保険者となった人に被扶養者がいる場合や被扶養者の追加・削除、氏名変更等があった場合にご提出いただくものです。

【記入方法】

<事業主記入欄>

確認欄	:扶養認定を受ける方の収入要件を事業主が確認した場合は、 <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。この場合は、収入要件確認のための添付書類の提出を省略できます。
事業主受付年月日	:事業主が被保険者から届書を受け取った日付をご記入ください。

<A 被保険者欄>

③生年月日	:該当年号の <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。数字が一桁の場合は、十桁の欄に0をご記入ください。
④性別	:どちらかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。
⑦資格取得年月日	:被保険者が健康保険に加入した日付をご記入ください。『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は、取得年月日と同日になります。
⑧標準報酬月額	:被保険者の直近の標準報酬月額をご記入ください。

<B 配偶者である被扶養者欄>

①氏名	:住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。また、日付は被保険者が事業主にこの届書を提出する日をご記入ください。 配偶者が20歳未満または60歳以上の場合は第3号被保険者に該当しないため、日付の記入は不要です。
②生年月日	:該当年号の <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。数字が一桁の場合は、十桁の欄に0をご記入ください。
③続柄	:いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。
⑤外国籍	:外国籍の方は国籍をご記入ください。
⑥外国人通称名	:郵便物のあて名や保険証の氏名について、通称名での登録を希望する場合は住民票に登録された通称名をご記入ください。
⑦住所	:被保険者と同居または別居いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)のうえ、住民票の住所をご記入ください。
⑧電話番号	:日中に連絡のとれるいずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)のうえ、当該電話番号をご記入ください。
⑨被扶養者(第3号被保険者)になった日	:被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は、「A被保険者欄」の「⑦資格取得年月日」と同日、それ以外の場合は婚姻年月日等の実際に被扶養者(第3号被保険者)になった日をご記入ください。
⑩理由	:いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。なお、その他の場合は()に具体的にご記入ください。
⑫収入(年収)	:今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含みます。
⑬被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	:死亡による場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
⑭理由	:いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。なお、その他の場合は()に具体的にご記入ください。
⑮備考	:被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。事業主が戸籍謄本等で被保険者と扶養認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「続柄確認済み」の <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。

<C その他の被扶養者欄>

②生年月日	:該当年号の <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。数字が一桁の場合は、十桁の欄に0をご記入ください。
③性別	:どちらかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。
⑥住所	:被保険者と同居または別居いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)のうえ、別居の場合は住所をご記入ください。
⑦被扶養者になった日	:被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は、「A被保険者欄」の「⑦資格取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
⑧職業	:いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。なお、その他の場合は()に具体的にご記入ください。
⑨収入(年収)	:今後1年間の年間収入見込み額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含みます。非課税対象の収入がある場合は、「⑬備考欄」に具体的な内容をご記入ください。
⑩理由	:いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。なお、その他の場合は()に具体的にご記入ください。
⑪被扶養者でなくなった日	:死亡による場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
⑫理由	:いずれかの <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。なお、その他の場合は()に具体的にご記入ください。
⑬備考	:被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。事業主が戸籍謄本等で被保険者と扶養認定を受ける方の続柄を確認した場合は、「続柄確認済み」の <input type="checkbox"/> をチェック(✓)してください。

【配偶者の認定の際の注意事項】

共働きの場合、原則として子どもは収入の多い方の被扶養者となります。同程度の場合は、主に生計を維持している方の被扶養者となります。

添付資料として、「配偶者の源泉徴収票の写し」および「配偶者の直近の給与明細(1ヵ月分)の写し」が必要です。

被扶養者認定資料

※別紙の「注意事項・必要な添付書類」をよく読んで、届出日現在の状況を記載のうえ、必要書類の添付をお願いします。

①	被扶養者氏名		
②	現住所(別居の場合)		
③	扶養することとなった理由(具体的に記入)		
④	直前の職業または勤務先		
⑤	退職年月日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
⑥	16歳以上の学生の場合は学校名		
⑦	雇用保険受給の有無	有	有
		手続中→ 年 月 日から受給開始 日額 円	手続中→ 年 月 日から受給開始 日額 円
		受給中→ 日額 円	受給中→ 日額 円
		受給延長手続中	受給延長手続中
		無	無
		終了→ 年 月 日受給終了 受給しない 受給できない	終了→ 年 月 日受給終了 受給しない 受給できない
⑧	傷病手当金受給の有無	有	有
		年 月 日から受給開始 日額 円	年 月 日から受給開始 日額 円
		無	無
		年 月 日受給終了	年 月 日受給終了
⑨	出産手当金受給の有無	有	有
		年 月 日から受給開始 日額 円	年 月 日から受給開始 日額 円
		無	無
		年 月 日受給終了	年 月 日受給終了
⑩	公的年金受給の有無	有	有
		国民年金 厚生年金 共済年金 老齢 障害 遺族 年額 円	国民年金 厚生年金 共済年金 老齢 障害 遺族 年額 円
		無	無
		無	無
⑪	公的年金以外の収入の有無	有	有
		自営業：年収 円 その他：年収 円	自営業：年収 円 その他：年収 円
		パート・アルバイト：年収 円	パート・アルバイト：年収 円
		無	無
⑫	送金月額(別居の場合)	月額 円	月額 円
⑬	直前に加入していた健康保険制度	国民健康保険 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合	国民健康保険 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合

以上のとおり相違ありません。

今後扶養事実がなくなった場合(雇用保険失業給付の受給やその他の収入が認定基準額以上となった等)は、その時点で被扶養者の抹消手続きを行います。なお、抹消手続きが遅延した場合に発生した医療費等については、責任をもって返還します。

令和 年 月 日

被保険者証
記号番号 _____

被保険者氏名 _____

注意事項・必要な添付書類

被扶養者の認定の際は共働きの場合、原則として子どもは収入の多いほうの被扶養者となります。同程度の場合は、主に生計を維持しているほうの被扶養者となります。

添付資料として、「配偶者の源泉徴収票の写し」および「配偶者の直近の給与明細(1ヵ月分)の写し」が必要です。

※16歳以上の被扶養者については、必ず「被扶養者認定資料」を提出してください。

※該当する項目欄への記入並びに○印をお願いします。

⑥欄は、該当項目に○のうえ在学証明書を添付してください。

⑦欄にかかる添付書類は次のとおりです。

手続中…離職票No.1及び2の写しまたは受給資格者証の写し

受給中…受給資格者証の写し(両面)

受給延長手続中…受給延長通知書の写し

受給終了…受給資格者証の写し(両面)

受給しない…離職票No.1及び2の写し

受給できない…退職証明(雇用保険未加入または受給権のないことを確認できるもの)

⑩欄が【有】の場合は、直近の年金受給額が判る決定通知書・改定通知書・振込通知書のいずれかの写しを添付してください。

⑪欄にかかる添付書類は次のとおりです。

【有】の場合

自営業・その他…確定申告の写し(経費等の記載がある面をすべて)

パート・アルバイト…給与支払証明書・直近3ヶ月の給与明細の写し

・給与支払証明書等がない場合は雇用契約書

【無】の場合

所得証明書(非課税)

・16歳以上の学生で収入無しの場合は不要です。

⑫欄に記載された送金月額が確認できる金融機関の通帳写し、もしくはATMなどの送金明細・必ず被保険者から被扶養者への振込みであることが確認できるページが必要です。