

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
 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」

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。

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。

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管掌健康保険組合等の被用者保険制度に加入した場合:ア被保険者が被用者保険制度に加入・転籍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:イ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: a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: b共済組合-厚生年金保険
 共済組合から他の共済組合へ変更となった場合: c共済組合-共済組合
 ・配偶者が増えたり厚生年金受給者の被扶養者となった場合: 2増補
 ・配偶者が減ったり厚生年金受給者の被扶養者となった場合: 3減補
 ・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: 4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。

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	⑧資格取得年月日	⑨標準報酬月額
10	10	ネンキン 太郎	551010	男	追加	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	170410	200
⑩基礎年金番号(手帳記号)	⑪共済番号表示	⑫郵便番号	⑬住所	⑭配偶者共済番号表示	⑮被扶養者の住所	⑯備考	⑰	⑱
1234876543	1200022	1200022	東京都杉並区高井戸2-3-4		東京都杉並区高井戸2-3-4			
⑲被扶養者(第3号被保険者)になった理由	⑳被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由							
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	1. 被保険者が被用者保険制度に加入 2. 被保険者の所属する年金制度等の変更 3. 被扶養者の職歴(号喪失) 4. 被扶養者の所得減少 5. 共済組合-厚生年金保険 6. 共済組合-共済組合 7. その他	死亡(平成年月日死亡)						
①被扶養者の氏名	②生年月日	③性別	④続柄	⑤職業	⑥収入	⑦被扶養者になった日	⑧被扶養者でなくなった日	⑨被保険者証取得年月日
ネンキン 花子	560326	女	妻	主婦なし		230707		
⑩郵便番号	⑪住所	⑫氏名変更(訂正)年月日	⑬外国入居区分	⑭備考				
	同居		1. 米国人(強制) 2. 以外の外国人					
⑯被扶養者でない配偶者(有する配偶者)の年間収入	⑰被扶養者の年間収入							
⑱被扶養者の氏名	⑲生年月日	⑳性別	㉑続柄	㉒職業	㉓収入	㉔被扶養者になった日	㉕被扶養者でなくなった日	㉖備考
⑳被扶養者でない配偶者(有する配偶者)の年間収入	㉑被扶養者の年間収入							

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。

子ども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。

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。

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

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。

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。

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敷の学生は除きます。

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

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。

平成23年7月8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が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。

平成23年7月8日提出

〒100-0000

所在地 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

代表取締役社長 健保良一

電話 03(1234)局5678番