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」

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。

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。
・被扶養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: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。
厚生年金保険から共済組合へ変更となった場合:a厚生年金保険→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
・配偶者が婚姻により被保険者の被扶養者となった場合:ウ婚姻
・配偶者が離職により厚生年金保険の被保険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:オ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

処理区分　届書

正

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	生年月日	④性別	④異動の別	変更内容	⑤資格取得年月日	⑥標準報酬月額
麹町	けいと 10	フリガナ ネンキン タロウ (氏)年金 (名)太郎 印	★明.1 大.3 昭.5 平.7 5年5月10日	★男1 ・ 女2	★追加1 ・ 削除2	削除(変更)の場合 ★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	★昭.5 平.7 17年4月10日	200千円

⑦基礎年金番号又は手帳記号番号	共済番号表示	⑧郵便番号	⑨被保険者の住所	⑩備考
1234876543	※①配偶者共済番号表示	120-0022	※住所コード (フリガナ)トウキョウトスギナミクタカイド2-3-4 東京都杉並区高井戸2-3-4	

⑪配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	⑫生年月日(訂正後)	⑬手帳記号番号	⑭被保険者(第3号被保険者)になった理由	⑮被保険者(第3号被保険者)でなくなった理由
1234765432	★明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月		★ア.被保険者が被用者保険制度に加入 イ.被保険者の所属する年金制度等の変更 a.厚生年金保険→共済組合 b.共済組合→厚生年金保険 c.共済組合→共済組合 ウ.婚姻	★エ.離職(2号喪失) オ.被扶養者の所得減少 カ.その他( ) 死亡(平成 年 月 日死亡)

被扶養者番号	⑯被扶養者の氏名	⑰生年月日	⑱性別	⑲続柄	⑳職業	㉑収入	㉒被扶養者になった日	㉓被扶養者でなくなった日	㉔被保険者証回収区分	㉕備考
※	フリガナ ネンキン ハナコ (氏)年金 (名)花子	★明.1 大.3 昭.5 平.7 56年3月26日	★男1 女2	妻	主婦	なし	平.7 23年7月1日	年 月 日 平.7		

㉖郵便番号	㉗住所	㉘氏名変更(訂正)年月日	㉙外国人区分	㉚フリガナ
※住所コード	フリガナ 同居	年 月 日 平.7	★1.米国人(強制) 2.1以外の外国人	

被扶養者番号	⑯被扶養者の氏名	⑰生年月日	⑱性別	⑲続柄	⑳職業	㉑収入	㉒被扶養者になった日	㉓被扶養者でなくなった日	㉔被保険者証回収区分	㉕備考
※	フリガナ (氏) (名)	★明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	★男1 女2				平.7 年 月 日	平.7 年 月 日	★1.75歳到達 2.障害認定	同居・別居 ※ 添付 返不備 滅失
※		★明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	★男1 女2				平.7 年 月 日	平.7 年 月 日		
※		★明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	★男1 女2				平.7 年 月 日	平.7 年 月 日		

3枚目の国民年金第3号被保険者届は、被保険者ご自身で記入ください。なお、年金事業所・事務センターに提出する場合は、網掛け部分の記入は不要です。

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。

被保険者資格取得届と同時に提出する場合は、㉒資格取得年月日を記入してください。被扶養者が増えた場合は、出生年月日、婚姻年月日等を記入してください。

⑭⑮欄の理由が就職の場合は、就職年月日を、死亡の場合は、死亡日の翌日を記入してください。後期高齢者医療の被保険者となった場合は、被保険者となった日を記入してください。

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。

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○年」等と記入してください。

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昼間の学生は除きます。

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、「㉓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

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

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。

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。

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
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　代表者印
氏名　代表取締役社長　健保良一　印
話　03(1234局)5678番

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にある場合に記入して下さい。)
上記の事実に相違ありません。　氏名　㊞

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。

年金事務所受付印

社会保険労務士の提出代

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。

≪該当届≫

配偶者を被扶養者にするとき、被扶養配偶者の届出事項に変更があったときの記入例です。

届書の記入例

ブルーの色つき部分は、必ず記入していただく欄となります。
★印の箇所は、該当する項目の数字等を○でかこんでください。
※印の箇所は、記入しないでください。
記載の詳細については、4枚目をご参照ください。

死亡又は氏名等の変更(訂正)の届出を行う場合に記入してください。

事務センター長 / 所長	副事務センター長 / 副所長	グループ長 / 課長	担当者

届書コード	処理区分

国民年金第3号被保険者

資格取得・種別変更・種別確認（3号該当）
資格喪失・死亡
氏名・生年月日・性別変更（訂正）届
被扶養配偶者非該当

第3号被保険者の配偶者欄

配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	共済組合表示	郵便番号	配偶者住所	第3号該当・非該当	変更内容 非該当(変更)の場合
1234876543	1. 配偶者共済	120-0022	東京都杉並区高井戸2-3-4	★該当 非該当(変更)	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

配偶者の氏名		配偶者の生年月日
フリガナ ネンキン	タロウ	★ 昭.5 55年10月10日
(氏) 年金	(名) 太郎	

第3号被保険者欄

基礎年金番号又は手帳記号番号	生年月日(訂正後)	性別	送信	被扶養配偶者でなくなった理由
1234765432	★ 昭.5 56年03月26日	★ 男.1 女.2		★06. 死亡(平成 年 月 日死亡) 03. その他( )

被保険者氏名		資格取得(種別変更・種別確認)年月日	被保険者でなくなった日
フリガナ ネンキン	ハナコ		
(氏) 年金	(名) 花子	23年07月07日	年 月 日

該当する理由に○をしてください。

郵便番号	被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入)	氏名変更(訂正)年月日	外国人区分	被保険者カナ氏名	性別(任意)	強制付加指定
-	同居	年 月 日	★ 0.日本人 1.米国人(強制) 2.その他の外国人	フリガナ		※ 1.強制付加指定

氏名変更(訂正)の届出を行う場合に記入してください。

訂正後取得年月日・種別	要年金手帳送付	受給権喪失表示	納付書発行表示
※ 年 月 日 ※ 1. 第1号第3号 2. 任意	※ 1. 宛名シール作成	※下記以外は省略 1. 65歳以上の被扶養配偶者が受給権を有さないと確認された場合	※1.

基礎年金番号の他に年金手帳番号を持っている場合に記入してください。

事業主等受付年月日	※ 年金事務所 受付印	被扶養者

この届書の提出年月日、届出人の住所、氏名及び電話番号を記入し、押印してください。(第3号被保険者本人が自署した場合は押印の必要はありません。)

第3号被保険者に該当する被保険者の配偶者が加入する制度の番号を記入してください(制度の番号については右側の表を参考にしてください)。

(注)			
30	第3号A(厚生年金保険・船員保険)	36	第3号C(地方公務員等共済組合)
31	第3号A(厚生年金保険・健康保険)	37	第3号B(私立学校教職員・非常勤)
32	第3号C(国家公務員共済組合)		

健康保険組合もしくは共済組合が、事業主に代わって被扶養者の確認をする場合は、この欄に署名・押印をお願いします。

事業主が記入してください。

上記のとおり被保険者からの第3号関係の届出がありましたので提出します。

○届書記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者等のものに相違ないことを確認する。

平成○○年 ○月 ○日提出

〒100-0000
事業所所在地 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2
事業所名称 健保サービス株式会社
事業主氏名 代表取締役社長 健保 良一 ㊞ 代表者印
電話番号 03 (1234) 5678

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

○ 第3号該当の届出の場合、記載の被保険者は、健康保険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。
確認年月日 平成○○年 ○月 ○日

○ 資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は記載の必要はありません。
平成○○年 ○月 ○日提出

(健保組合・共済組合等)
所在地 〒100-0000 東京都千代田区霞ヶ関1-2-3
名称 健保サービス健康保険組合 代表者印 ㊞
代表者等氏名 健保サービス健康保険組合 健保 太郎
電話 03 (1234) 7856

この届書記載のとおり届出します。

日本年金機構理事長 あて

平成○○年 ○月 ○日提出

(第3号被保険者)
住所 〒120-0022
東京都杉並区高井戸2-3-4
氏名 年金 花子 ㊞
電話 03 (4321) 5678