

<記入例>

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) 記入後、下記の【添付書類】と一緒に送付して下さい

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）

給与明細の『報酬月額』を参照下さい

|   |               |               |             |        |             |    |   |        |                |                     |                    |    |            |   |
|---|---------------|---------------|-------------|--------|-------------|----|---|--------|----------------|---------------------|--------------------|----|------------|---|
| 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 |   |
|   | 3907          | 〇〇〇〇〇         | (氏) 北村      | (名) 太郎 | ★昭.5<br>平.7 | 60 | 5 | 5      | ★男1<br>・<br>女2 | ★追加1<br>削除2<br>(変更) | ★昭.5<br>平.7<br>令.9 | 30 | 4          | 1 |
| (ク) 被保険者の【住民票】住所                            |               |               |             |        |             |    |   |        |                |                     |                    |    |            |   |
| 〒 222 0033 神奈川県横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室 |               |               |             |        |             |    |   |        |                |                     |                    |    |            |   |

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

原則、被扶養者でなくなった理由の発生日となります

|                    |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  |                   |    |   |   |                              |
|--------------------|----------|------------------------------|--------------------|-----|-----|--------|----------------|--------------|------------------|-------------------|----|---|---|------------------------------|
| 申請する家族欄            | 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 |                   |    |   |   |                              |
|                    | 同・別      | (フリガナ) キタムラ ハナコ<br>(氏) 北村 花子 | ★昭.5<br>平.7<br>令.9 | 60  | 6   | 6      | ★男1<br>・<br>女2 | 妻            | パート              | 130,000           | 〇〇 | 5 | 1 | 1. 就職 (入社日 年 月 日)            |
|                    | 同・別      | (フリガナ) 〇〇〇〇<br>(氏) 〇〇 〇〇     | ★昭.5<br>平.7<br>令.  |     |     |        | ★男1<br>・<br>女2 |              |                  |                   |    |   |   | 2. 収入基準超過 (超過日 〇〇 年 5 月 1 日) |
|                    | 同・別      | (フリガナ) 〇〇〇〇<br>(氏) 〇〇 〇〇     | ★昭.5<br>平.7<br>令.  |     |     |        | ★男1<br>・<br>女2 |              |                  |                   |    |   |   | 3. 失業保険の受給開始 (開始日 年 月 日)     |
| ※別居の場合 (ツ) 【住民票】住所 |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  |                   |    |   |   |                              |
| 〒                  |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  |                   |    |   |   |                              |
|                    |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  | 4. 離婚 (離婚日 年 月 日) |    |   |   |                              |
|                    |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  | 5. 別居 (引越日 年 月 日) |    |   |   |                              |
|                    |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  | 6. 結婚 (入籍日 年 月 日) |    |   |   |                              |
|                    |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  | 7. 死亡 (死亡日 年 月 日) |    |   |   |                              |
|                    |          |                              |                    |     |     |        |                |              |                  | 8. その他 [ ]        |    |   |   |                              |

注4) 下記【添付書類】を参照し、必要な書類を添付下さい

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

令和 〇〇 年 5 月 10 日提出

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

受付日付印

●詳しくはホームページをご覧ください ⇒ 被扶養者認定に必要な添付書類

|       |   |   |   |
|-------|---|---|---|
| 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

|       |               |  |            |
|-------|---------------|--|------------|
| 提出者情報 | 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。<br>〒 - | 日本年金機構     |
|       | 事業所名称         | 事業主が記入してください。                            |            |
|       | 事業主氏名         |  |            |
|       | 電話番号          | ( )                                      | 社会保険労務士記載欄 |
|       | 事業主等<br>受付年月日 | 令和 年 月 日                                 | 氏名等        |

|                         |   |                 |  |      |                  |   |   |   |   |    |             |   |   |   |   |
|-------------------------|---|-----------------|--|------|------------------|---|---|---|---|----|-------------|---|---|---|---|
| A.<br>配偶者欄<br>(第2号被保険者) | ① | (フリガナ) キタムラ タロウ | ②  | 生年月日 | 5. 昭和<br>7. 平成   | 年 | 月 | 日 | ③ | 性別 | 1. 男性 2. 女性 |   |   |   |   |
|                         |   | 氏名              | 北村 太郎  | ④    | 個人番号<br>[基礎年金番号] | 0 | 1 | 2 | 3 | 4  | 5           | 6 | 7 | 8 | 9 |
|                         | ⑤ | 住所              | 個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。<br>(フリガナ) カナガワケンヨコハマシコウホクシンヨコハマ2-4-1<br>シンヨコハママンション705ゴウシツ<br>〒 222 - 0033 神奈川県 横浜市港北区新横浜2-4-1 新横浜マンション705号室 |      |                  |   |   |   |   |    |             |   |   |   |   |

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.<br>第3号被保険者欄 | ① | この届書記載のとおり届出します。<br>令和 ○○ 年 5 月 20 日 |  |  |   | ② | 生年月日 | 5. 昭和<br>7. 平成   | 年  | 月  | 日      | ③ | 性別<br>(続柄) | 1. 夫 3. 夫(未届)<br>2. 妻 4. 妻(未届) |  |   |   |   |
|                |   | 氏名                                   | 日本年金機構理事長あて<br>(フリガナ) キタムラ ハナコ<br>(氏名) 北村 花子 |  |   |   | ④    | 個人番号<br>[基礎年金番号] | 0  | 1  | 2      | 3 | 4          | 8                              | 7  | 6 | 5 | 4 |
|                |   | 住所                                   | ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□<br>⑦ 同居<br>別居     |  |   |   | ⑤    | 外国籍              | ⑥  |  | 外国人通称名 |   | ⑧          | 電話番号                           | 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他<br>090 ( 0000 ) 0000 |   |   |   |
|                |   | ⑨                                    | 第3号被保険者<br>になった日                             | 7. 平成<br>9. 令和   | 年 | 月 | 日    | ⑩                | 理由   | 1. 配偶者の就職 4. 収入減少<br>2. 婚姻 5. その他<br>3. 離職 ( ) |        |   |            | ⑭                              | 備考   |   |   |   |
|                |   | ⑪                                    | 配偶者の<br>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<br>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<br>でなくなった日                   | 7. 平成<br>9. 令和                               | 年  | 月 | 日 | ⑬    | 理由               | 1. 死亡 (平成 年 月 日)<br>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。<br>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<br>等氏名 |  |     |
| 電話         | ( )  |     |

この届書は、以下の場合に提出していただくものです。

- ・健康保険組合または共済組合・国民健康保険組合に加入する第2号被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・すでに健康保険・船員保険の被扶養者となっている配偶者が、20歳到達により国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・健康保険の任意継続中のため、配偶者の健康保険被扶養者とならず、国民年金第3号被保険者にのみ該当した場合
- ・国民年金第3号被保険者の収入が基準以上に増加したことによって扶養から外れた場合
- ・配偶者である第2号被保険者と離婚した場合

・この届出では、国民年金第3号被保険者にかかる資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)・資格喪失・死亡の届出、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)の届出、被扶養配偶者非該当の届出をすることができます。

・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。

全国健康保険協会管掌の健康保険の届出を同時に行う場合→『健康保険被扶養者(異動)届・国民年金第3号被保険者関係届』

記入方法

<A. 配偶者欄(第2号被保険者)>

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されている氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ②生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のように記入してください。
- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ③ | 和 | 6 | 年 | 3 | 月 | 0 | 日 | 5 | 0 | 3 |
| ④ | 平 | 成 |   |   |   |   |   |   |   |   |
- ④個人番号 [基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁、左詰め)を記入してください。
- ⑤住所 : 「④個人番号[基礎年金番号]」欄に個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。基礎年金番号を記入した場合は、必ず住民票の住所を記入してください。

<B. 第3号被保険者欄> ①~④、⑦は必ず記入してください。また該当の場合は⑨~⑪を、非該当・変更の場合は⑫~⑬を記入してください。

- ①氏名 : 第3号被保険者が配偶者(第2号被保険者)を通して、事業主にこの届書を提出する日付を記入してください。なお、20歳未満または60歳以上の方は第3号被保険者には該当しませんので、ご注意ください。氏名は住民票に登録されている氏名を記入し、押印してください。自署の場合は押印不要です。
- ③性別(続柄) : 該当する番号を○で囲んでください。内縁関係にある場合は、「3. 夫(未届)」「4. 妻(未届)」のいずれかを○で囲んでください。
- ④個人番号 [基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁、左詰め)を記入してください。
- ⑥外国人通称名 : 郵送物の宛名等について、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を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ⑦住所 : 配偶者(第2号被保険者)と同居または別居のどちらかを○で囲んだうえで、住民票の住所を記入してください。※なお、住民票の住所と別の住所に通知書の送付を希望する場合は、「国民年金第3号被保険者住所変更届」に別送先を記入して本届書と併せて提出してください。
- ⑨第3号被保険者になった日 : 第3号被保険者に該当した日付を記入してください。20歳到達により第3号被保険者に該当した場合は、20歳になる誕生日の前日を記入してください。
- ⑫第3号被保険者でなくなった日 : 死亡の届出の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記入してください。
- ⑭備考 : 第3号被保険者等の氏名・生年月日・性別に変更(訂正)がある場合は、非該当(変更)を○で囲んでください。変更(訂正)前の情報と変更年月日は右図のように記入してください。なお、個人番号をお持ちの方は氏名および生年月日の変更の届出は不要です。

|         |  |
|---------|--|
| ⑭<br>備考 | 変更前氏名<br>コクネン サンコ<br>国年 三子<br>変更年月日<br>平成29年7月1日 |
|---------|--|

<医療保険者記入欄>

- 認定年月日 : 扶養認定日が「⑨第3号被保険者になった日」と相違する場合のみ記入してください。
- 代表者等氏名 : 代表者等氏名の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

添付書類

・医療保険者の扶養認定がされていない場合は、以下の添付書類が必要です。

|                               |                            |
|-------------------------------|----------------------------|
| ア. 退職により収入要件を満たす場合            | 退職証明書または雇用保険被保険者離職票のコピー    |
| イ. 失業給付受給中、または受給終了で収入要件を満たす場合 | 雇用保険受給資格証のコピー              |
| ウ. 年金受給中の場合                   | 現在の年金受取額がわかる年金額の改定通知書等のコピー |
| エ. 自営(農業等含む)による収入、不動産収入等がある場合 | 直近の確定申告書のコピー               |
| オ. 上記イウエ以外に他の収入がある場合          | イウエに応じた書類および課税(非課税)証明書     |
| カ. 上記ア〜オ以外                    | 課税(非課税)証明書                 |

・以下の続柄に該当する場合は添付してください。

|                                       |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 続柄が被保険者の曾祖父母・祖父母・父母・兄弟姉妹・配偶者・子・孫以外の場合 | 被保険者世帯全員の住民票の写し(証明できない場合は民生委員の同居証明等) |
| 配偶者と内縁関係にある場合                         | 内縁関係にある両人の戸籍謄(抄)本、被保険者世帯の全員の住民票の写し等  |

※提出日からさかのぼって90日以内に発行されたものであること  
 ※「所得税法の規定による控除対象配偶者・扶養親族」で事業主の証明がある方は、原則として添付書類の添付は不要です。(※個別のケースによっては、提出をお願いする場合があります。)

・障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等のコピーが別途必要です。

個人番号(マイナンバー)により届出する際の本人確認

- ・第3号被保険者が事業主(船舶所有者)・共済組合に届書を提出するときは、事業主(船舶所有者)・共済組合において、マイナンバーが本人のものであることの確認と届書の提出を行う者が正当な番号の持ち主であることの確認を行う必要があるため、マイナンバーカード(個人番号カード)を届書に添付してください。なお、郵送で届書を提出する場合は、マイナンバーカードの表・裏両面のコピーを添付してください。
- ・配偶者(第2号被保険者)が第3号被保険者の代理人として届書を事業主(船舶所有者)・共済組合に提出するときは、第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面のコピー又はマイナンバーが確認できる書類のコピー、及び代理権の確認ができる委任状※2を添付してください。

※1: マイナンバーカードをお持ちでない方は、以下の①および②の書類を添付してください。

- ① マイナンバーが確認できる書類: 通知カード、個人番号の表示がある住民票の写し
- ② 身元(実存)確認書類: 運転免許証、パスポート、在留カードなど

※2: B. 第3号被保険者欄①氏名欄の「※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します口」の口に✓を付すことにより、委任状の添付を省略することができます。  
 ※事業主(船舶所有者)・共済組合において本人確認を行った後の確認書類は、届書に添付して日本年金機構に提出する必要はありません。