

| | | | |
|------|-----|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
| | | | |

健康保険被扶養者(異動)届

正

◎この申請書は、必ず記入してください。ただし、この届書の3枚目「国民年金第3号被保険者にかかる届出」を同時に届出す場合は、その届出書も提出してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------------|--|---------|--|--------|--|----------------|--|----------------------|--|---|--|-----------|--|----------|--|
| 所属部署 | | 社員番号() | | 被保険者の氏名 | | ③ 生年月日 | | 性別 | | ④異動の別 | | ⑤ 変更内容 (削除(変更)の場合) | | ⑥ 資格取得年月日 | | ⑦ 標準報酬月額 | |
| 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 | | (氏) (名) | | 年 月 日 | | ★男1 ・ 女2 | | ★ 追加1 削除2 (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 | | 年 月 日 | | 千円 | |
| 基礎年金番号又は手帳記号番号 | | | | 郵便番号 | | | | 被保険者の住所 | | | | 備考(マイナンバー記入欄) | | | | | |
| | | | | | | | | (フリガナ) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|--------|--|---|--|-----------------------|--|-------------------------------|--|-------------------|--|------------|--|--------------|--|---------------|--|
| 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ⑦ 生年月日 | | 手帳記号番号 | | 資格取得・種別変更・種別確認の理由 | | 扶養しなくなった理由 | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | ア.被保険者が被用者保険制度に加入(入社) イ.配偶者の所属する年金制度の変更 (共済組合→厚生年金保険) ウ.婚姻 エ.配偶者の離職 | | ★ 死亡 就職 離婚 その他 () | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 同席・別席の別 | | ⑥ 被扶養者氏名 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧性別 | | ⑨続柄 | | [セ] 職業 | | [ソ] 収入 | | ⑩被扶養者になった日 | | ⑪被扶養者でなくなった日 | | 備考(マイナンバー記入欄) | |
| 同・別 | | (フリガナ) (氏) (名) | | 年 月 日 | | ★男1 ・ 女2 | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 郵便番号 | | | | 住所 | | | | 氏名変更(訂正)年月日 | | 外国人区分 | | 被保険者通称名 | | 種別 | | 強制付番指定 | | 年金手帳再交付 | |
| | | | | (フリガナ) | | | | 年 月 日 | | ★ 0.日本人 1.米国人 2.1以外の外国人 | | (フリガナ) (氏) (名) | | | | 1.強制作番指定 | | ★ 1.年金手帳再交付 | |

| | | | | |
|------------------------------|----------|---|-----------|---|
| [フ]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 | 配偶者の年間収入 | 円 | 被保険者の年間収入 | 円 |
|------------------------------|----------|---|-----------|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|-------------------|--|--------|--|----------------|--|-----|--|--------|--|--------|--|------------|--|--------------|--|--------|--|---------------|--|
| ⑤ 同席・別席の別 | | ⑥ 被扶養者氏名 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧性別 | | ⑨続柄 | | [セ] 職業 | | [ソ] 収入 | | ⑩被扶養者になった日 | | ⑪被扶養者でなくなった日 | | [ハ] 理由 | | 備考(マイナンバー記入欄) | |
| 同・別 | | (フリガナ) (氏) (名) | | 年 月 日 | | ★男1 ・ 女2 | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 同・別 | | (フリガナ) (氏) (名) | | 年 月 日 | | ★男1 ・ 女2 | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 同・別 | | (フリガナ) (氏) (名) | | 年 月 日 | | ★男1 ・ 女2 | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | |

平成 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印

| | |
|--|---|
| | 印 |
|--|---|

| | |
|-----------------------------------|------------|
| 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。 | |
| 事業所所在地 | 平成 年 月 日提出 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電 話 | 印 番 |
| (局) | |

* 認定 削除 平成 年 月 日
認定年月日 平成 年 月 日

受付日付印

副

1. この通知の内容について不明な点は、当健康保険組合までお問い合わせください。また、この処分不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して60日以内に社会保険審査会(厚生労働省管内)に再審査請求できます。なお、この処分の取消の訴えは、再審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、再審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや、処分執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、健康保険組合を被告として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。2. この通知を受けとったら、すみやかに確認された資格取得年月日および決定された標準報酬などを、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。被保険者に通知したときは、その旨を明らかにする

健康保険被扶養者認定又は削除通知書

<事業主控>

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---------------|--|-------------|--|----------------------------|--|--------------|----------------------|--|-------------|------------|
| 所属部署 | | 社員番号() | | [ア] 被保険者の氏名 | | ③ 生年月日 | | [イ] 性別 | ④ 異動の別 | [ウ] 変更内容 (削除・変更)の場合) | [エ] 資格取得年月日 | [オ] 標準報酬月額 |
| 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 | | (氏) (名) | | ★ 明.1 年 月 日 大.2 昭.3 平.4 | | ★ 男 1 女 2 | ★ 追加1 削除2 (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 | 年 月 日 | 千円 |
| [カ] 基礎年金番号又は手帳記号番号 | | [キ] 郵便番号 | | [ク] 被保険者の住所 | | [ケ] 備考(マイナンバー記入欄) | | | | | | |
| | | | | (フリガナ) | | | | - | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------|--|----------------------------|--|---|--|-----------------------|--|-----------------------|--|------------------------|--|
| [コ] 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ⑦ 生年月日 | | [カ] 手帳記号番号 | | [シ] 資格取得・種別変更・種別確認の理由 | | オ. 配偶者の所得減少 カ. その他 | | [ス] 扶養しなくなった理由 | | | |
| ★ 明.1 年 月 日 大.2 昭.3 平.4 | | 年 月 日 | | | | ★ ア. 被保険者が被用者保険制度に加入(入社) イ. 配偶者の所属する年金制度の変更 (共済組合→厚生年金保険) ウ. 婚姻 エ. 配偶者の離職 | | () | | ★ 死亡 就職 離婚 その他 () | | | |
| ⑤ 同居・別居の別 | | ⑥ 被扶養者氏名 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧ 性別 | | ⑨ 続柄 | | [セ] 職業 | | [ソ] 収入 | |
| 同・別 | | (氏) (名) | | ★ 明.1 年 月 日 大.2 昭.3 平.4 | | ★ 男 1 女 2 | | | | | | ⑩被扶養になった日 ⑪被扶養者でなくなった日 | |
| | | | | | | | | | | | | 備考(マイナンバー記入欄) | |
| [チ] 郵便番号 | | [ツ] 住所 | | [テ] 氏名変更(訂正)年月日 | | [ト] 外国人区分 | | [ナ] 被保険者通称名 | | [ニ] 種別 | | [ホ] 強制付番指定 | |
| | | (フリガナ) | | 年 月 日 | | ★ 0. 日本人 1. 米国人 2. 1以外の外国人 | | (氏) (名) | | | | ★ 1. 年金手帳再交付 | |

| | | | | |
|------------------------------|----------|---|-----------|---|
| [リ]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 | 配偶者の年間収入 | 円 | 被保険者の年間収入 | 円 |
|------------------------------|----------|---|-----------|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|----------|--|----------------------------|--|--------------|--|------|--|--------|--|--------|--|-----------|--|--------------|--|--------|--|---------------|--|
| ⑤ 同居・別居の別 | | ⑥ 被扶養者氏名 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧ 性別 | | ⑨ 続柄 | | [セ] 職業 | | [ソ] 収入 | | ⑩被扶養になった日 | | ⑪被扶養者でなくなった日 | | [ハ] 理由 | | 備考(マイナンバー記入欄) | |
| 同・別 | | (氏) (名) | | ★ 明.1 年 月 日 大.2 昭.3 平.4 | | ★ 男 1 女 2 | | | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | - | |
| 同・別 | | (氏) (名) | | ★ 明.1 年 月 日 大.2 昭.3 平.4 | | ★ 男 1 女 2 | | | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | - | |
| 同・別 | | (氏) (名) | | ★ 明.1 年 月 日 大.2 昭.3 平.4 | | ★ 男 1 女 2 | | | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | - | |

平成 年 月 日 提出された健康保険被扶養者(異動)にもとづき、うえの者が被保険者と認定から削除しましたので通知いたします。

| | | |
|--------|-------|------------|
| 事業所所在地 | 〒 | 平成 年 月 日提出 |
| 事業所名称 | | |
| 事業主氏名 | | |
| 電話 | (局) | 番 |

* 認定 削除 平成 年 月 日
 認定年月日 平成 年 月 日

(付記) 1 この通知書は事業主が健康保険法実行規則第34条により、完結の日から2年間保存しておかなくてはなりません。
 2 この通知書が被扶養者の届出た事項と相違するときは、すみやかにそのことを被保険者に通知して下さい。

ひかり健康保険組合理事長

【記入上の注意】

★印の箇所は、該当する項目の数字を○で囲んでください。

※印の箇所は、記入しないでください。

生年月日や資格取得年月日などの記入は、次の例に従って記入してください。(例：平成14年4月1日の場合は、

| | | |
|----|----|----|
| 年 | 月 | 日 |
| 14 | 04 | 01 |

)のように記入してください。

①②保険証の記号・番号を記入

⑨被保険者(従業員)との続柄を「父」「母」「長男」「二男」などで記入

⑩⑪どちらか記入

⑬具体的記入 (例)「小学校6年」「年金受給者」「未就学児」

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---------------|--|-----------------|----|--------------|-----|--------|---|--------|-----------|-----------------------|--|---------------|--|-------------|--|--------------|--|--------|--|--------|--|---------------|---------------|----------|--|----|---|--------------|-----|------|--------------------|----|-----------|---|------|--|--|------|----|----|----|----|---|--|--------|--------------------|--|----------|--|-------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| ひかり健康保険組合理事長 宛 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険被扶養者(異動)届 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ア]必ず捺印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">被保険者</td> <td colspan="2">社員番号()</td> <td colspan="2">[ア] 被保険者の氏名</td> <td colspan="2">③ 生年月日</td> <td colspan="2">[イ] 性別</td> <td colspan="2">④ 性別の別</td> </tr> <tr> <td>①健康保険被保険者証の記号</td> <td>②健康保険被保険者証の番号</td> <td colspan="2">(氏) 光 太郎</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>★男1</td> <td>追加</td> <td colspan="2">⑤ 変更内容 (削除(変更)の場合)</td> <td>⑥ 資格取得年月日</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1234</td> <td colspan="2"></td> <td>2003</td> <td>01</td> <td>01</td> <td>男1</td> <td>追加</td> <td colspan="2">1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.特別訂正 5.その他</td> <td>240401</td> </tr> <tr> <td colspan="2">[ロ] 基礎年金番号又は手帳記号番号</td> <td colspan="2">[ハ] 郵便番号</td> <td colspan="2">[ニ] 被保険者の住所</td> <td colspan="2">[ホ] 備考</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">171-0022</td> <td colspan="2">東京都豊島区南池袋2-49-7</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | 被保険者 | | 社員番号() | | [ア] 被保険者の氏名 | | ③ 生年月日 | | [イ] 性別 | | ④ 性別の別 | | 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 | (氏) 光 太郎 | | 年 | 月 | 日 | ★男1 | 追加 | ⑤ 変更内容 (削除(変更)の場合) | | ⑥ 資格取得年月日 | 1 | 1234 | | | 2003 | 01 | 01 | 男1 | 追加 | 1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.特別訂正 5.その他 | | 240401 | [ロ] 基礎年金番号又は手帳記号番号 | | [ハ] 郵便番号 | | [ニ] 被保険者の住所 | | [ホ] 備考 | | | | | | | | 171-0022 | | 東京都豊島区南池袋2-49-7 | | | | | | | |
| 被保険者 | | 社員番号() | | [ア] 被保険者の氏名 | | ③ 生年月日 | | [イ] 性別 | | ④ 性別の別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | (氏) 光 太郎 | | 年 | 月 | 日 | ★男1 | 追加 | ⑤ 変更内容 (削除(変更)の場合) | | ⑥ 資格取得年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1234 | | | 2003 | 01 | 01 | 男1 | 追加 | 1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.特別訂正 5.その他 | | 240401 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ロ] 基礎年金番号又は手帳記号番号 | | [ハ] 郵便番号 | | [ニ] 被保険者の住所 | | [ホ] 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 171-0022 | | 東京都豊島区南池袋2-49-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">[イ] 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号</td> <td colspan="2">⑦ 生年月日</td> <td colspan="2">⑧ 手帳記号番号</td> <td colspan="2">⑩ 扶養しなくなった理由</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">★死亡 就職 離婚 其他</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | [イ] 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧ 手帳記号番号 | | ⑩ 扶養しなくなった理由 | | | | | | | | 年 月 日 | | | | ★死亡 就職 離婚 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [イ] 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧ 手帳記号番号 | | ⑩ 扶養しなくなった理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | ★死亡 就職 離婚 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">⑤ 被扶養者氏名</td> <td colspan="2">⑦ 生年月日</td> <td colspan="2">⑧ 性別</td> <td colspan="2">⑨ 続柄</td> <td colspan="2">⑩ 職業</td> <td colspan="2">⑪ 収入</td> </tr> <tr> <td colspan="2">(氏) 光 花子</td> <td colspan="2">年 月 日</td> <td colspan="2">男1</td> <td colspan="2">長女</td> <td colspan="2">未就学児</td> <td colspan="2">0円</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | ⑤ 被扶養者氏名 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧ 性別 | | ⑨ 続柄 | | ⑩ 職業 | | ⑪ 収入 | | (氏) 光 花子 | | 年 月 日 | | 男1 | | 長女 | | 未就学児 | | 0円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 被扶養者氏名 | | ⑦ 生年月日 | | ⑧ 性別 | | ⑨ 続柄 | | ⑩ 職業 | | ⑪ 収入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (氏) 光 花子 | | 年 月 日 | | 男1 | | 長女 | | 未就学児 | | 0円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">⑫ 被扶養者になった日</td> <td colspan="2">⑬ 被扶養者でなくなった日</td> <td colspan="2">⑭ 理由</td> <td colspan="2">⑮ 住所</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">年 月 日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> <td colspan="2">入社</td> <td colspan="2">同上</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | ⑫ 被扶養者になった日 | | ⑬ 被扶養者でなくなった日 | | ⑭ 理由 | | ⑮ 住所 | | | | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 入社 | | 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 被扶養者になった日 | | ⑬ 被扶養者でなくなった日 | | ⑭ 理由 | | ⑮ 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 | | 入社 | | 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

④扶養しはじめるとき ⇒「追加」
扶養しなくなったとき ⇒「削除」

[エ]保険証の資格取得日を記入

[ハ]理由は具体的に記入 (例)「就職」「死亡」「結婚」「退職」「出生」「離婚」

[セ]具体的記入 (例)「小学校6年」「年金受給者」「未就学児」

[ソ]「被扶養者になった日」から向こう一年間の収入を記入してください。収入には「事業収入」「報酬」「年金」「恩給」「不動産収入」「失業給付」などが含まれます。なお、遺族年金等も収入に含まれます。被扶養者の認定基準における「年間収入」と所得税法に基づく配偶者控除や扶養控除など、所得控除で受けられる「収入」とは額が異なります。ご注意ください。

平成 30 年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

| | | | | |
|---------|---|-------------------------|------------------------------|---|
| 所轄税務署長等 | 給与の支払者の名称（氏名） | （フリガナ） あなたの氏名 | あなたの生年月日 明・大 年 月 日 昭・平 | 従たる給与についての扶養控除等申告書の提出 （提出している場合には、○印を付けてください。） |
| 税務署長 | 給与の支払者の法人（個人）番号 <small>※この申告書の提出を受けた給与の支払者が記載してください。</small> | あなたの個人番号 | 世帯主の氏名 | |
| 市区町村長 | 給与の支払者の所在地（住所） | あなたの住所 又は居所（郵便番号 - ） | 配偶者の有無 有・無 | |

あなたに源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、寡夫又は勤労学生のいずれにも該当しない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

| 区分等 | （フリガナ）氏名 | 個人番号 | | 老人扶養親族 （昭24.1.1以前生） | 平成30年中の所得の見積額 | | 住所又は居所 | 異動月日及び事由 （平成30年中に異動があった場合に記載してください（以下同じ。）） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|-------------|--|------------------------------|-----------|-------------|---|-----------|--|--|--|-----|-------|--|--|--|-----|---------|--|--|--|-----|---|--|--|--|----------|
| | | あなたとの続柄 | 生年月日 | | 特定扶養親族 （平8.1.2生～平12.1.1生） | 非居住者である親族 | | | 生計を一にする事実 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A 源泉控除対象配偶者 （注1） | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B 控除対象扶養親族 （16歳以上） （平15.1.1以前生） | 1 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | | | <input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C 障害者、寡婦、寡夫又は勤労学生 | <input type="checkbox"/> 障害者 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>区分</td> <td>該当者</td> <td>本人</td> <td>同一生計配偶者（注2）</td> <td>扶養親族</td> </tr> <tr> <td>一般の障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>（人）</td> </tr> <tr> <td>特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>（人）</td> </tr> <tr> <td>同居特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>（人）</td> </tr> </table> | | | 区分 | 該当者 | 本人 | 同一生計配偶者（注2） | 扶養親族 | 一般の障害者 | | | | （人） | 特別障害者 | | | | （人） | 同居特別障害者 | | | | （人） | <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> 特別の寡婦 <input type="checkbox"/> 寡夫 <input type="checkbox"/> 勤労学生 | | 左記の内容（この欄に記載に当たっては、裏面の「2 記載についてのご注意」の8をお読みください。） | | 異動月日及び事由 |
| 区分 | 該当者 | 本人 | 同一生計配偶者（注2） | 扶養親族 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般の障害者 | | | | （人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別障害者 | | | | （人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同居特別障害者 | | | | （人） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <small>上の該当する項目及び欄にチェックを付け、（ ）内には該当する扶養親族の人数を記入してください。</small> <small>（注）1 源泉控除対象配偶者とは、所得者（平成30年中の所得の見積額が900万円以下の人）に限ります。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、平成30年中の所得の見積額が85万円以下の人をいいます。 2 同一生計配偶者とは、所得者と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、平成30年中の所得の見積額が38万円以下の人をいいます。</small> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等 | 氏名 | あなたとの続柄 | 生年月日 | 住所又は居所 | 控除を受ける他の所得者 | | 異動月日及び事由 |
|------------------------|----|---------|---------|--------|-------------|--------|----------|
| | | | | | 氏名 | 住所又は居所 | |
| | | | 明・大 昭・平 | | | | |
| | | | 明・大 昭・平 | | | | |

○住民税に関する事項

| 16歳未満の扶養親族 （平15.1.2以後生） | （フリガナ）氏名 | 個人番号 | あなたとの続柄 | 生年月日 | 住所又は居所 | 控除対象外 国外扶養親族 | 平成30年中の所得の見積額 | 異動月日及び事由 |
|----------------------------|----------|------|---------|-------|--------|-----------------|---------------|----------|
| | | | | | | | | |
| 2 | | | | 平 . . | | | | 円 |
| 3 | | | | 平 . . | | | | 円 |

○「16歳未満の扶養親族」欄は、地方税法第45条の3の2第1項及び第2項並びに第317条の3の2第1項及び第2項に基づき、給与の支払者を經由して市区町村長に提出しなければならないとされている給与所得者の扶養親族申告書の記載欄を兼ねています。

給与の支払者受付印

◎この申告書は、あなたの給与について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するものです。
 ◎この申告書は、源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族に該当する人がいない人も提出する必要があります。
 ◎この申告書は、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、そのうちの1か所にしか提出することができません。
 ◎この申告書の記載に当たっては、裏面の「申告についてのご注意」等をお読みください。

1 申告についてのご注意

- この申告書は、平成 30 年の最初の給与の支払を受ける日の前日までに、給与の支払者に提出してください。
- この申告書の提出後、記載内容に異動があったときは、別に異動申告書を提出するか、あるいはこの申告書の該当項目を異動後の内容に補正してください。
- 年の中で就職した人で前職のある人は、前の勤務先から交付を受けた源泉徴収票などを、また、年の中で従たる給与を主たる給与に変更した人は、変更前の主たる給与の支払者から交付を受けた源泉徴収票などを添付してください。
- 2 か所以上から給与の支払を受け、1 か所から受ける給与だけでは源泉控除対象配偶者について控除を受ける配偶者（特別控除や扶養控除、障害者等の控除の全額が控除しきれない場合には、源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族を分けて他の給与の支払者に「従たる給与についての扶養控除等申告書」を提出することができます。）
- 年末調整において、配偶者（特別）控除の適用を受ける場合には、平成 30 年の最後の給与の支払を受ける日の前日までに、配偶者（特別）控除の額等を記載した「配偶者控除等申告書」を別途作成し、給与の支払者に提出する必要があります。
- 以下に掲げる親族が非居住者^(注1)である場合には、その親族に係る「親族関係書類」^(注2)をこの申告書に添付してください。
 - 扶養控除又は障害者控除の適用を受ける扶養親族
 - 源泉控除対象配偶者である配偶者
 - 障害者控除の適用を受ける同一生計配偶者
 また、年末調整において、上記のイ又はハに該当する親族について扶養控除又は障害者控除の適用を受ける場合には、平成 30 年の最後の給与の支払を受ける日の前日までに、その親族と生計を一にする事実（送金額等）を記載した扶養控除等申告書を別途作成し、「送金関係書類」^(注3)を添付した上で提出するか、あるいはこの申告書の「生計を一にする事実」欄又は「左記の内容」欄に送金額等を追記し、「送金関係書類」を添付した上で提出してください（上記のロに該当する配偶者について配偶者（特別）控除の適用を受ける場合には、その配偶者と生計を一にする事実を記載した「配偶者控除等申告書」に「送金関係書類」を添付し提出する必要があります。）。

- なお、「親族関係書類」又は「送金関係書類」が外国語により作成されている場合には、訳文も添付する必要があります。
- (注) 1 「非居住者」とは、国内に住所を有せず、かつ、現在まで引き続いて1年以上国内に居所を有しない個人をいいます。
- 「親族関係書類」とは、次の①又は②のいずれかの書類で、その非居住者があなたの親族であることを証するものをいいます。
 - 戸籍の附票の写しその他の国又は地方公共団体が発行した書類及びその親族の旅券（パスポート）の写し
 - 外国政府又は外国の地方公共団体が発行した書類（その親族の氏名、生年月日及び住所又は居所の記載があるものに限ります。）
 - 「送金関係書類」とは、次の書類であなたがその非居住者である親族の生活費又は教育費に充てるための支払を、必要の都度、各人に行ったことを明らかにするものをいいます。
 - 金融機関の書類又はその写しで、その金融機関が行う為替取引によりあなたからその親族に支払をしたことを明らかにする書類
 - いわゆるクレジットカード発行会社の書類又はその写しで、そのクレジットカード発行会社が交付したカードを提示してその親族が商品等を購入したこと等及びその商品等の購入等の代金に相当する額をあなたから受領したことを明らかにする書類

2 記載についてのご注意

- 「あなたの個人番号」及び「個人番号」欄には、それぞれ、あなた、源泉控除対象配偶者、控除対象扶養親族又は年齢 16 歳未満の扶養親族の個人番号を記載してください。（注）一定の要件の下、個人番号を記載しなくても良い場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
- 「給与の支払者の法人（個人）番号」欄には、この申告書を受理した給与の支払者が、給与の支払者の法人番号又は個人番号を記載してください。
- 「主たる給与」とは、この申告書を提出した給与の支払者から受ける給与をいい、「従たる給与」とは、それ以外の給与の支払者から受ける給与をいいます。
- 控除対象扶養親族が同居老親等である場合には、「老人扶養親族」欄の「同居老親等」に、同居老親等以外の老人扶養親族であるときは「その他」にチェックを付けてください。
 また、控除対象扶養親族が特定扶養親族である場合には、「特定扶養親族」欄にチェックを付けてください。
- 「平成 30 年中の所得の見積額」欄には、収入金額等から必要経費等を差し引いた金額を記入してください。この場合、所得の種類が給与である場合には、収入金額から給与所得控除額（例えば収入金額が 161 万 9 千円未満の場合には 65 万円（収入金額を限度とします。））を差し引いた金額が給与の所得の金額となります。
 なお、非課税とされる遺族年金などの所得、源泉分離課税が適用される利子、確定申告をしないことを選択した上場株式等の配当等などについては、配偶者（特別）控除や扶養控除の判定の基礎となる所得には含まれません。
- 源泉控除対象配偶者又は控除対象扶養親族が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄に○印を付けてください。
- 「生計を一にする事実」欄には、控除対象扶養親族が非居住者である場合に、年末調整時に、平成 30 年中にその親族に送金等をした金額の合計額を記載してください。
- 「左記の内容」欄には、それぞれ次の事項を記載してください。
 - 障害者（特別障害者）……障害の状態又は交付を受けている手帳などの種類と交付年月日、障害の程度（障害の等級）などの障害者（特別障害者）に該当する事実。その人が同一生計配偶者又は扶養親族の場合には、併せてその人の氏名（特別障害者であるときは同居の有無）、個人番号（上記 2(1)(注)と同じ）、住所又は居所、生年月日、あなたとの続柄及び平成 30 年中の所得の見積額（これらの事項のうち「源泉控除対象配偶者」欄、「控除対象扶養親族」欄又は「住民税に関する事項」欄に記載している事項については、氏名を除き、記載を省略できます。）
 また、当該同一生計配偶者又は扶養親族が非居住者である場合には、その旨及び平成 30 年中にその同一生計配偶者又は扶養親族に送金等をした金額の合計額（送金等をした金額の合計額は、年末調整時に記載）
 - 寡婦又は寡夫……死別、離婚、生死不明の別、生計を一にする子の氏名及びその子の平成 30 年中の所得の見積額などの寡婦又は寡夫に該当する事実。また、3 の「⑩寡婦」の口に掲げる寡婦、「⑫特別の寡婦」又は「⑬寡夫」に該当する人については、これらのほか平成 30 年中の所得の見積額
 - 勤労学生……学校名と入学年月日及び平成 30 年中の所得の種類とその見積額
- あなたの同一生計内に所得者が 2 人以上いるときは、あなたの扶養親族等（控除対象配偶者、控除対象扶養親族又は障害者である同一生計配偶者若しくは年齢 16 歳未満の扶養親族をいいます。）を他の所得者の扶養親族等としたり、また、その生計内の扶養親族等を分けて控除を受けたりすることができます。このような場合には、その扶養親族等の氏名などを「D」欄に記載してください。
- 「住民税に関する事項」欄には、扶養親族のうち年齢 16 歳未満の人（平成 15 年 1 月 2 日以後に生まれた人）について記載してください。

なお、その人が控除対象外国扶養親族^(注1)である場合には、「控除対象外国扶養親族」欄に○印を付けてください。また、この欄に○印を付けた人は、親族関係書類及び送金関係書類を平成 31 年 3 月 15 日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。^(注2)

(注) 1 「控除対象外国扶養親族」とは、国内に住所を有しない扶養親族のうち、年齢 16 歳未満である人をいいます。
2 「住民税に関する事項」欄について、ご不明な点などがありましたら、お住まいの市区町村へお尋ねください。

3 扶養親族等の範囲

| |
|---|
| <p>【①同一生計配偶者】 所得者（この申告書を提出する人をいいます。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、平成 30 年中の所得の見積額が 38 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 103 万円以下）の人</p> <p>【②控除対象配偶者】 ①の同一生計配偶者のうち、平成 30 年中の所得の見積額が 1,000 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 1,220 万円以下）である所得者の配偶者</p> <p>【③源泉控除対象配偶者】 所得者（平成 30 年中の所得の見積額が 900 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 1,120 万円以下）の人に限ります。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）で、平成 30 年中の所得の見積額が 85 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 150 万円以下）の人</p> <p>【④扶養親族】 所得者と生計を一にする親族（配偶者、青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。）、児童福祉法の規定による里子又は老人福祉法の規定による養護老人で、平成 30 年中の所得の見積額が 38 万円以下の人</p> <p>【⑤控除対象扶養親族】 ④の扶養親族のうち、年齢 16 歳以上の人（平成 15 年 1 月 1 日以前に生まれた人）</p> <p>【⑥特定扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢 19 歳以上 23 歳未満の人（平成 8 年 1 月 2 日から平成 12 年 1 月 1 日までの間に生まれた人）</p> <p>【⑦老人扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢 70 歳以上の人（昭和 24 年 1 月 1 日以前に生まれた人）</p> <p>【⑧同居老親等】 ⑦の老人扶養親族のうち、所得者又はその配偶者の直系尊属で、所得者又はその配偶者のいずれかとの同居を常況としている人</p> <p>【⑨障害者（特別障害者）】 所得者本人又はその①の同一生計配偶者や④の扶養親族で、次のいずれかに該当する人 <ol style="list-style-type: none"> 精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある人……全て特別障害者になります。 精神保健指定医などから知的障害者と判定された人……このうち、重度の知的障害者と判定された人は、特別障害者になります。 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人……このうち、障害等級が 1 級の人、特別障害者になります。 身体障害者手帳に身体上の障害がある者として記載されている人……このうち、障害の程度が 1 級又は 2 級の人、特別障害者になります。 ホ 傷病者手帳の交付を受けている人……このうち、障害の程度が恩給法別表第 1 号表ノ 2 の特別項症から第三項症までの人は、特別障害者になります。 ヘ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による厚生労働大臣の認定を受けている人……全て特別障害者になります。 ト 常に就床を要し、複雑な介護を要する人……全て特別障害者になります。 チ 精神又は身体に障害のある年齢 65 歳以上の人（昭和 29 年 1 月 1 日以前に生まれた人）で、町村長や福祉事務所長などからイ、ロ又はニに準ずる障害があると認定されている人……このうち、イ、ロ又はニの特別障害者と同程度の障害がある人は、特別障害者になります。 </p> |
| <p>【⑩同居特別障害者】 ①の同一生計配偶者又は④の扶養親族のうち特別障害者で、所得者、その配偶者又は所得者と生計を一にするその他の親族のいずれかとの同居を常況としている人</p> <p>【⑪寡婦】 所得者本人で、次に掲げる人 <ol style="list-style-type: none"> 次のいずれかに該当する人で、④の扶養親族又は生計を一にする子（他の人の①の同一生計配偶者又は④の扶養親族とされている者、平成 30 年中の所得の見積額が 38 万円を超える者は除きます。）のある人 (イ) 夫と死別した後、婚姻していない人、(ロ) 夫と離婚した後、婚姻していない人、(ハ) 夫の生死が明らかでない人 上記イに掲げる人のほか、次のいずれかに該当する人で、平成 30 年中の所得の見積額が 500 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 6,888,889 円以下）の人 (イ) 夫と死別した後、婚姻していない人、(ロ) 夫の生死が明らかでない人 </p> |
| <p>【⑫特別の寡婦】 ⑪の寡婦のうち、④の扶養親族である子を有し、かつ、平成 30 年中の所得の見積額が 500 万円以下の人</p> <p>【⑬寡夫】 所得者本人で、次に掲げる人のうち、⑪のイの生計を一にする子があり、かつ、平成 30 年中の所得の見積額が 500 万円以下の人 <ol style="list-style-type: none"> 妻と死別した後、婚姻していない人、(ロ) 妻と離婚した後、婚姻していない人、(ハ) 妻の生死が明らかでない人 </p> |
| <p>【⑭勤労学生】 所得者本人で、次の全てに該当する人 <ol style="list-style-type: none"> 大学、高等学校などの学生や生徒、一定の要件を備えた専修学校、各種学校の生徒又は職業訓練法人の行う認定職業訓練を受ける訓練生であること。 (注) 専修学校、各種学校の生徒や職業訓練法人の訓練生については、文部科学大臣又は厚生労働大臣の証明書（書）の写しと学校長又は職業訓練法人の代表者の証明書を添付してください。 自分の勤労に基づいて得た事業所得、給与所得、退職所得又は雑所得（以下「給与所得等」といいます。）があること。 ハ 平成 30 年中の所得の見積額が 65 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 130 万円以下）であって、そのうち給与所得等以外の所得が 10 万円以下であること。 </p> |