

常務理事	事務長	係員	係員

受付日付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号	
	事業所所在地	届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 下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。
	事業所名称	〒 -
	事業主氏名	Ⓜ
	電話番号	( )
		社会保険労務士記載欄   氏名等
		Ⓜ

被保険者	① 被保険者証の番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	⑤ 異動の別	⑥ 資格取得日	⑦ 標準報酬月額
		氏 名	5.昭和 7.平成 年 月 日	1.男 2.女	1.追加 2.削除(変更)	年 月 日	千円
⑧ マイナンバー			⑨ 住所	都道府県			
			〒 -				

配偶者である被扶養者	⑩ 被扶養者の氏名		⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 収入見込(向こう1年間)	⑯ マイナンバー
	フカナ 氏 名		5.昭和 7.平成 年 月 日	1.男 2.女				
	⑰ 同居別居の別	⑱ 郵便番号	⑲ 住所					
	同居 別居		都道府県					
	⑳ 被扶養者になった日		㉑ 被扶養者になった理由				㉒ 届出(以前・以後)の加入医療保険者名	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 所得減少 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 ( )						
㉓ 被扶養者でなくなった日		㉔ 被扶養者でなくなった理由				㉕ 備考		
年 月 日		<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 収入増加						

㉖ 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

その他の被扶養者	㉗ 被扶養者の氏名		㉘ 生年月日	㉙ 性別	㉚ 続柄	㉛ 職業	㉜ 収入見込(向こう1年間)	㉝ マイナンバー	
	フカナ 氏 名		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	㉞ 同居別居の別	㉟ 被扶養者になった日	㊱ 被扶養者になった理由		㊲ 被扶養者でなくなった日	㊳ 被扶養者でなくなった理由			㊴ 備考
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)			
	フカナ 氏 名		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)			
	フカナ 氏 名		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)			
	フカナ 氏 名		5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)			

認定 削除 令和 年 月 日

扶・認非・課 退職 離職 喪証 直近3 見込 年金 雇・受雇・延 確申 契約 送金

住民票 戸籍 婚姻 母子 出生 学生証 在学 在留 証 高・受 理由書

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険事業所記号	
	事業所所在地	届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 下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。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	Ⓜ
電話番号	( )	社会保険労務士記載欄   氏名等 Ⓜ

被保険者	① 被保険者証の番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	⑤ 異動の別	⑥ 資格取得日	⑦ 標準報酬月額
	氏	名	5.昭和 7.平成 年 月 日	1.男 2.女	1.追加 2.削除(変更)	年 月 日	千円
	⑧ マイナンバー		⑨ 住所	〒 - 都道府県			

配偶者である被扶養者	⑩ 被扶養者の氏名		⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 収入見込(向こう1年間)	⑯ マイナンバー
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 年 月 日	1.男 2.女				
	⑰ 同居別居の別	⑱ 郵便番号	⑲ 住所					
	同居		都道府県					
	別居							
	⑳ 被扶養者になった日	㉑ 被扶養者になった理由		㉒ 届出(以前・以後)の加入医療保険者名				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 所得減少 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 ( )							
㉓ 被扶養者でなくなった日	㉔ 被扶養者でなくなった理由		㉕ 備考					
年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 収入増加							

㉖ 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

その他の被扶養者	㉗ 被扶養者の氏名		㉘ 生年月日	㉙ 性別	㉚ 続柄	㉛ 職業	㉜ 収入見込(向こう1年間)	㉝ マイナンバー	
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	㉞ 同居別居の別	㉟ 被扶養者になった日	㊱ 被扶養者になった理由		㊲ 被扶養者でなくなった日	㊳ 被扶養者でなくなった理由			㊴ 備考
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日				
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日				
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日				
	フリガナ	氏名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女					
	同居・別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 転籍 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 就職(年 月 日) <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		年 月 日				

認定 削除	令和 年 月 日
-------	----------

上記のとおり認定/削除になりましたので通知いたします。

(付記)  
1.この通知書は事業主が健康保険施行規則第34条により、完結の日から2年間保存しておかなければなりません。  
2.この通知書が被保険者の届出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ください。



受付日付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄
健康保険事業所記号
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号
社会保険労務士記載欄 | 氏名等

(第2被保険者)
①被保険者証の番号
②被保険者の氏名
③生年月日
④性別
⑤異動の別
⑥資格取得日
⑦標準報酬月額
⑧マイナンバー
⑨住所

第3号被保険者
⑩被扶養者の氏名
⑪生年月日
⑫性別
⑬続柄
⑭職業
⑮収入見込
⑯マイナンバー
⑰同居別居の別
⑱郵便番号
⑲住所
⑳被扶養者になった日
㉑被扶養者になった理由
㉒被扶養者でなくなった日
㉓被扶養者でなくなった理由
㉔届出(以前・以後)の加入医療保険者名
㉕備考

医療保険者
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
保険者所在地
保険者名称
理事長氏名
電話番号

この届書の記載のとおり届出します。
令和 年 月 日
住所
氏名
電話
届出人

副

様式コード  
4 3 0 0

## 国民年金 第3号被保険者関係届 決定通知書

令和 年 月 日 提出		健康保険 事業所記号		届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 下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		〒 -		事業所 名称		事業主 氏名		Ⓜ		社会保険労務士記載欄   氏名等		Ⓜ	
提出者記入欄		健康保険 事業所記号		届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 下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		〒 -		事業所 名称		事業主 氏名		Ⓜ		社会保険労務士記載欄   氏名等		Ⓜ	
第2被保険者	①被保険者 証の番号	②被保険者の氏名			③生年月日			④性別	⑤異動の別	⑥資格取得日			⑦標準報酬月額						
	氏	名			5.昭和 7.平成	年	月	日	1.男 2.女	1.追加 2.削除 (変更)	年	月	日	千円					
⑧マイナンバー				⑨住所				〒 -				都道府県							
第3号被保険者	⑩被扶養者の氏名			⑪生年月日			⑫性別	⑬続柄	⑭職業	⑮収入見込 (向こう1年間)			⑯マイナンバー						
	フカナ			氏			5.昭和 7.平成	年	月	日	1.男 2.女								
	⑰同居別居の別			⑱郵便番号			⑲住所												
	同居 別居			都道府県															
	⑳被扶養者になった日			㉑被扶養者になった理由						㉒届出(以前・以後)の加入医療保険者名									
年 月 日			<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 婚姻		<input type="checkbox"/> 所得減少		<input type="checkbox"/> その他										
			<input type="checkbox"/> 転籍		<input type="checkbox"/> 離職		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了		( )										
㉓被扶養者でなくなった日			㉔被扶養者でなくなった理由						㉕備考										
年 月 日			<input type="checkbox"/> 死亡( 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 離婚		<input type="checkbox"/> 後期高齢者		<input type="checkbox"/> その他										
			<input type="checkbox"/> 就職( 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 収入増加				( )										

医療 保 険 者	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
	保険者所在地	〒 -
	保険者名称	
	理事長氏名	Ⓜ
電話番号		

【記入上の注意】

- 黒のボールペンを使用し、楷書ではっきり記入してください。
鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
■記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引きご本人の印鑑を押してください。
■生年月日や資格取得日などの記入は、和暦で記入してください。例)令和1年5月1日 => 010501

健康保険 被扶養者(異動)届
提出者記入欄
事業主の証明欄
社労士記載欄
健康保険組合の記入欄
健康保険組合の記入欄

※追加/削除 該当する方に日付を記載

①と②被扶養者になった日(追加)
入社時・転籍時=入社日/転籍日
婚姻=婚姻日
退職=退職日の翌日

③と④被扶養者でなくなった日(削除)
就職=就職日
離婚=離婚日

である被扶養者

その他の被扶養者

⑤異動の別
扶養しはじめるときは「追加」、扶養しなくなったときは「削除」に○を囲んでください。
※追加・削除の同時申請はできませんので別々に記載してください。

⑥と⑦収入見込(向こう1年間)
向こう1年間の収入見込額を記載してください。
収入には、「事業収入」、「報酬」、「年金」、「不動産収入」、「失業給付」などが含まれます。
※被扶養者の認定基準における「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。

⑧届出(以前・以後)の加入医療保険者名
追加の場合は、前の健康保険組合名
削除の場合は、これから入る健康保険組合名

※追加/削除 該当する理由にチェック
①と②被扶養者になった理由(追加)
・入社時=新規
・該当の理由が無い場合は、その他を選択し、カッコ内または備考欄へ理由を記載。

③と④被扶養者でなくなった理由(削除)
・該当の理由が無い場合は、その他を選択し、カッコ内または備考欄へ理由を記載。

⑤と⑥続柄
「妻」「長男」「長女」「二男」「二女」などと記入してください。

⑦と⑧職業
「主婦」「未就学児」「小学生」「年金受給者」など具体的に記入してください。

健康保険組合の記入欄

健康保険組合の記入欄

健康保険組合の記入欄

【記入上の注意】

■基本的には、1枚目2枚目と記載頂く箇所・内容は変わりません。

■右下の「届出人」欄は、配偶者のご署名・ご捺印をお願い致します。

正	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 1 年 5 月 5 日提出	健康保険事業所記号 届出記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 <b>事業主の証明欄</b>				受付日付印		
提出者記入欄	事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	電話番号	社会保険労務士記載欄(氏名等) <b>社労士記載欄</b>			
	(第2号被保険者) ① 被保険者 氏名 ② 配偶者の氏名 ③ 生年月日 ④ 性別 ⑤ 標準報酬月額 氏 名 光 太朗 年 月 日 5 9 0 5 1 3 ① 男 ② 1 歳当 ⑥ 資格取得日 ⑦ 標準報酬月額 年 月 日 千円 ⑧ マイナンバー ⑨ 住所 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 〒 1 7 0 - 0 0 1 3 東京 豊島区東池袋 1-2-3 ひかりレジデンス201号							
第3号被保険者	⑩ 被保険者氏名		⑪ 生年月日	⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 職業	⑮ 収入基額 (円・千)	⑯ マイナンバー
	アフリカ 氏 名 光 花子 年 月 日 6 2 0 6 0 9 ① 男 ② 妻 パート 102万 1 1 2 3 3 5 8 0 1 7 8	⑰ 同僚 別居 ⑱ 郵便番号	⑲ 住所	⑳ 第3号被保険者になった日 ㉑ 第3号被保険者になった理由 ㉒ 届出(以前・以後)の加入医療保険者名 年 月 日 ㉓ 第3号被保険者でなくなった日 ㉔ 第3号被保険者でなくなった理由 ㉕ 備考 年 月 日 ㉖ 死亡(年 月 日) ㉗ 離婚 ㉘ 後期高齢者 ㉙ その他 ㉚ 就職(年 月 日) ㉛ 収入増加 ㉜ その他				
医療保険者	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出が正しいので提出します。 届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 <b>健康保険組合の記入欄</b>				この届書の記載のとおり届出します。 令和 1 年 5 月 1 日 住所 〒 170 - 0013 東京都豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号 氏名 光 花子 電話 080-1212-3434			
	理事長氏名 電話番号				届出人 日本年金機構			

届出人欄  
配偶者を扶養追加・削除する場合、  
いずれも配偶者の署名・捺印

## 令和2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・昭 平・令	年 月 日	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	あなたの個人番号	世帯主の氏名	あなたの続柄		
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26.11以前生)	令和2年中の所得の見積額		住所又は居所	異動月日及び事由 (令和2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10.1.2生~平14.1.1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17.1.1以前生)	1			<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他		円																				
	2			<input type="checkbox"/> 特定扶養親族																						
	3			<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他		円																				
	4			<input type="checkbox"/> 特定扶養親族																						
C 障害者、寡婦、寡夫又は勤労学生	<input type="checkbox"/> 障害者 <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <th>区分</th> <th>該当者</th> <th>本人</th> <th>同一生計配偶者(注2)</th> <th>扶養親族</th> </tr> <tr> <td>一般の障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</td> </tr> <tr> <td>同居特別障害者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>( )</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				( )	特別障害者				( )	同居特別障害者				( )	<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				( )																						
特別障害者				( )																						
同居特別障害者				( )																						
(注)1 源泉控除対象配偶者とは、所得者(令和2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、令和2年中の所得の見積額が95万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、令和2年中の所得の見積額が48万円以下の人をいいます。																										

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	あなたとの続柄	住所又は居所	
			明・大・昭 平・令					
			明・大・昭 平・令					

○住民税に関する事項(この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を経由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。)

16歳未満の扶養親族 (平17.1.2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	令和2年中の所得の見積額	異動月日及び事由
1							円	
2							円	
3							円	
単身児童扶養者	<input type="checkbox"/> 該当する場合には左記にチェックを付けてください。		児童扶養手当 証書の番号	生計を一にする 児童の氏名	左記の児童の 所得の見積額		異動月日 及び事由	



◎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はありません。  
 ◎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**

- (1) この申告書は、令和2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。
- (2) 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。
- (3) 年中途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、年中途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。
- (4) 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。
- (5) 年末調整において、基礎控除又は配偶者(特別)控除の適用を受ける場合には、所要の事項を記載した「基礎控除申告書」又は「配偶者控除等申告書」を作成し、令和2年の最後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する必要があります。
- (6) 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。
  - イ 扶養控除又は障害者控除の適用を受ける扶養親族
  - ロ 源泉控除対象配偶者である配偶者
  - ハ 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、令和2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や別途作成し、「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、現在まで引き続き1年以上国内に居所を有しない個人をいいます。

2 「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。

  - ① 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
  - ② 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。)

3 「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。

  - ① 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
  - ② 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**

- (1) 「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する必要がありますが、一定の要件の下、個人番号の記載を要しな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。
- (2) 「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。
- (3) 「主たる給与」とは、この申告書を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。
- (4) 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。
- (5) 「令和2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净额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55万円(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。
- (6) 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。
- (7) 「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、令和2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。
- (8) 「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。
  - イ 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(注)、住たる住所、生年月日、あなたの統括及び令和2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」の「16歳未満の扶養親族(平17.12以後)」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、その旨及び令和2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)。
  - (注) 一定の要件の下、個人番号の記載を要しな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。
  - ロ 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令和2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」の欄に掲げる寡婦、「⑪特等寡婦」又は「⑫寡夫」に該当する人については、これらのほか令和2年中の所得の見積額
  - ハ 勤労学生……学校名と入学年月日及び令和2年中の所得の種類とその見積額
- (9) あなたの同一生計内(注)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。
- (10) 「住民税に関する事項」(16歳未満の扶養親族)欄には、扶養親族のうち年齢16歳未満の人(平成17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、その人が控除対象国外扶養親族(国内に住所を有しない扶養親族のうち、年齢16歳未満の人をいいます。)である場合には、「控除対象国外扶養親族」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令和3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ぬ場合があります。
- (11) 「単身児童扶養者」欄には、単身児童扶養者に該当する場合にチェックを付け、児童扶養手当証書の番号、生計を一にする児童全員の氏名及び令和2年中の所得の見積額を記載してください(これらの事項のうち「控除対象扶養親族」欄又は「16歳未満の扶養親族」欄に記載している事項については、児童扶養手当証書の番号及び児童の氏名を除き、記載を省略できます。)

族)欄に記載している事項については、児童扶養手当証書の番号及び児童の氏名を除き、記載を省略できます。)  
 (注) 「住民税に関する事項」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(この申告書を出した人をいいます。)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、令和2年中の所得の見積額が48万円以下(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、令和2年中の所得の見積額が1,000万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(令和2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、令和2年中の所得の見積額が95万円以下(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                      (注) 夫婦の双方がお互いに源泉徴収における源泉控除対象配偶者に係る控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。</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、令和2年中の所得の見積額が48万円以下の人</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17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10年1月2日から平成14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26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                      イ 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。                      ロ 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。                      ハ 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級の人又は、特別障害者になります。                      ニ 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級の人又は、特別障害者になります。                      ホ 療育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又は、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31年1月1日以前に生まれた人)で、市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                      イ 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、令和2年中の所得の見積額が48万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                      ロ 上記イに掲げる人のほか、次のいずれかに該当する人で、令和2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6,777,778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】 ⑩の寡婦のうち、④の扶養親族である子を有し、かつ、令和2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、⑩のイの生計を一にする子があり、かつ、令和2年中の所得の見積額が500万円以下の人                      (イ) 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                      イ 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が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。                      ロ 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 令和2年中の所得の見積額が75万円以下(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、そのうち給与以外の所得が10万円以下であること。</p>
<p>【⑮単身児童扶養者】 ⑩のイの生計を一にする子について児童扶養手当の支給を受けている所得者本人で、婚姻(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。)をしていない人又は配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。)の生死が明らかでない人</p>