

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			
	フカナ 氏	名	5.昭和 7.平成	年 月 日	1.男 2.女							
	⑰ 同居 別居	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 届出(以前・以後)の加入医療保険者名			
	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			
			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	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 備考			
	㊴ 被扶養者になった理由		㊵ 被扶養者でなくなった理由									
	㊶ 被扶養者でなくなった理由		㊷ 備考									
			㊸ 死亡(年 月 日) □ 別居									
			㊹ 就職(年 月 日) □ 後期高齢者									
			㊺ 収入増加 □ その他(備考欄詳細記入)									
			㊻ 死亡(年 月 日) □ 別居									
			㊼ 就職(年 月 日) □ 後期高齢者									
		㊽ 収入増加 □ その他(備考欄詳細記入)										

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届出(以前・以後)の加入医療保険者名
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

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

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届出(以前・以後)の加入医療保険者名
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

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

ひかり健康保険組合「健康保険被扶養者(異動)届」

【記入例】1,2枚目

【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		<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>係長</td> <td>係員</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">健康保険組合の記入欄</td> </tr> </table>	常務理事	事務長	係長	係員	健康保険組合の記入欄			
常務理事	事務長	係長	係員							
健康保険組合の記入欄										
令和 1 年 5 月 5 日提出		交付日付印								
提出者記入欄	健康保険事業所記号	事業主の証明欄								
	事業所所在地	社労士記載欄								
事業所名称		事業主記入欄								
事業主氏名										
電話番号		②被保険者の氏名 必ず捺印をしてください。								
※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 ・離職=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		※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。								
①健康保険事業所の番号 12345		②被保険者の氏名 氏名 光 太郎								
③生年月日 年 月 日 5 9 0 5 1 3		④性別 1.男 2.女								
⑤異動の別 1.追加 2.削除(変更)		⑥資格取得日 年 月 日 0 1 0 5 0 1								
⑦標準報酬月額 事業主記入欄		⑧マイナンバー 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0								
⑨住所 〒 1 7 0 - 0 0 1 3 東京都 豊島区東池袋 1-2-3 ひかりレジデンス201号		⑩被扶養者の氏名 アナハ 氏名 光 花子								
⑪生年月日 年 月 日 6 2 0 6 0 9		⑫性別 1.男 2.女								
⑬続柄 妻 パート		⑭職業 102万 1 1 2 3 3 3 5 8 0 1 7 8								
⑮マイナンバー 0 1 0 5 0 1		⑯住所 同上								
⑰届出(以前・以後)の加入医療保険者 ● × 健康保険組合		⑱届出(以前・以後)の加入医療保険者 ①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								
⑲被扶養者でなくなった理由 ①新規 <input checked="" type="checkbox"/> ②婚姻 <input type="checkbox"/> ③所得減少 <input type="checkbox"/> ④その他 <input type="checkbox"/> ⑤転籍 <input type="checkbox"/> ⑥離職 <input type="checkbox"/> ⑦雇用保険終了 <input type="checkbox"/> ⑧死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ⑨離婚 <input type="checkbox"/> ⑩収入増加 <input type="checkbox"/> ⑪収入減 <input type="checkbox"/> ⑫後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑬その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>		⑳被扶養者でなくなった理由 ①死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ②別居 <input type="checkbox"/> ③就職(年月日) <input type="checkbox"/> ④後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑤収入増加 <input type="checkbox"/> ⑥収入減 <input type="checkbox"/> ⑦その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>								
㉑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		㉒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								
㉓被扶養者の氏名 アナハ 氏名 光 太郎		㉔生年月日 年 月 日 1 7 1 0 2 5								
㉕性別 1.男 2.女		㉖職業 長男 中学生								
㉗収入見込(向こう1年間) 0 0 2 3 4 1 5 6 8 9 1 0 3		㉘マイナンバー 0 1 0 5 0 1								
㉙被扶養者になった理由 ①新規 <input checked="" type="checkbox"/> ②婚姻 <input type="checkbox"/> ③所得減少 <input type="checkbox"/> ④その他 <input type="checkbox"/> ⑤転籍 <input type="checkbox"/> ⑥離職 <input type="checkbox"/> ⑦雇用保険終了 <input type="checkbox"/> ⑧死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ⑨離婚 <input type="checkbox"/> ⑩収入増加 <input type="checkbox"/> ⑪収入減 <input type="checkbox"/> ⑫後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑬その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>		㉚被扶養者でなくなった理由 ①死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ②別居 <input type="checkbox"/> ③就職(年月日) <input type="checkbox"/> ④後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑤収入増加 <input type="checkbox"/> ⑥収入減 <input type="checkbox"/> ⑦その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>								
㉛被扶養者の氏名 アナハ 氏名 光 夏子		㉜生年月日 年 月 日 2 2 0 8 0 9								
㉝性別 1.男 2.女		㉞職業 長女 小学生								
㉟収入見込(向こう1年間) 0 1 2 1 2 5 5 6 7 8 3 0 1		㊱マイナンバー 0 1 0 5 0 1								
㊲被扶養者になった理由 ①新規 <input checked="" type="checkbox"/> ②婚姻 <input type="checkbox"/> ③所得減少 <input type="checkbox"/> ④その他 <input type="checkbox"/> ⑤転籍 <input type="checkbox"/> ⑥離職 <input type="checkbox"/> ⑦雇用保険終了 <input type="checkbox"/> ⑧死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ⑨離婚 <input type="checkbox"/> ⑩収入増加 <input type="checkbox"/> ⑪収入減 <input type="checkbox"/> ⑫後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑬その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>		㊳被扶養者でなくなった理由 ①死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ②別居 <input type="checkbox"/> ③就職(年月日) <input type="checkbox"/> ④後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑤収入増加 <input type="checkbox"/> ⑥収入減 <input type="checkbox"/> ⑦その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>								
㊴被扶養者の氏名 アナハ 氏名 光 春子		㊵生年月日 年 月 日 2 8 0 4 1 5								
㊶性別 1.男 2.女		㊷職業 二女 未就学児								
㊸収入見込(向こう1年間) 0 2 3 2 3 1 1 4 5 6 8 7 6		㊹マイナンバー 0 1 0 5 0 1								
㊺被扶養者になった理由 ①新規 <input checked="" type="checkbox"/> ②婚姻 <input type="checkbox"/> ③所得減少 <input type="checkbox"/> ④その他 <input type="checkbox"/> ⑤転籍 <input type="checkbox"/> ⑥離職 <input type="checkbox"/> ⑦雇用保険終了 <input type="checkbox"/> ⑧死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ⑨離婚 <input type="checkbox"/> ⑩収入増加 <input type="checkbox"/> ⑪収入減 <input type="checkbox"/> ⑫後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑬その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>		㊻被扶養者でなくなった理由 ①死亡(年月日) <input type="checkbox"/> ②別居 <input type="checkbox"/> ③就職(年月日) <input type="checkbox"/> ④後期高齢者 <input type="checkbox"/> ⑤収入増加 <input type="checkbox"/> ⑥収入減 <input type="checkbox"/> ⑦その他(備考欄詳細記入) <input type="checkbox"/>								
㊼健康保険組合の記入欄		㊽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。 事業主の証明欄			
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) 社労士記載欄
	(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女 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収入月額(円) ⑯マイナンバー 氏名 光 花子 年 月 日 6 2 0 6 0 9 ⑫男 ⑬妻 ⑭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 別居 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				
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 結婚 <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 <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。 健康保険組合の記入欄 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				届出人 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

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