

被扶養者(異動)届

Table with 4 columns: 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, 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: 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

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, 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理由, 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

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

被扶養者の他の被扶養者: ⑰被扶養者の氏名, ⑱生年月日, ㉑性別, ㉒続柄, ㉓職業, ㉔収入見込, ㉕マイナンバー, ㉖被扶養者になった日, ㉗被扶養者になった理由, ㉘被扶養者でなくなった日, ㉙被扶養者でなくなった理由, ㉚備考

被扶養者の他の被扶養者: ⑰被扶養者の氏名, ⑱生年月日, ㉑性別, ㉒続柄, ㉓職業, ㉔収入見込, ㉕マイナンバー, ㉖被扶養者になった日, ㉗被扶養者になった理由, ㉘被扶養者でなくなった日, ㉙被扶養者でなくなった理由, ㉚備考

被扶養者の他の被扶養者: ⑰被扶養者の氏名, ⑱生年月日, ㉑性別, ㉒続柄, ㉓職業, ㉔収入見込, ㉕マイナンバー, ㉖被扶養者になった日, ㉗被扶養者になった理由, ㉘被扶養者でなくなった日, ㉙被扶養者でなくなった理由, ㉚備考

被扶養者の他の被扶養者: ⑰被扶養者の氏名, ⑱生年月日, ㉑性別, ㉒続柄, ㉓職業, ㉔収入見込, ㉕マイナンバー, ㉖被扶養者になった日, ㉗被扶養者になった理由, ㉘被扶養者でなくなった日, ㉙被扶養者でなくなった理由, ㉚備考

認定 削除 令和 年 月 日

※健保記入欄 扶認 非・課 退職 離職 喪証 直近3 見込 年金 雇・受 雇・延 確申 雇契 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	( )

下記のとおり認定/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ヶ月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ください。

被保険者1	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 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

被扶養者の	⑦被扶養者の氏名		⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪職業	⑫収入見込(向こう1年間)	⑬マイナンバー
	フガナ 氏	名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女				
	⑭同居別居の別	⑮被扶養者になった日	⑯被扶養者になった理由		⑰被扶養者でなくなった日	⑱被扶養者でなくなった理由		
	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	<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)		
	⑲備考							

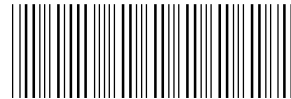
被扶養者の	⑦被扶養者の氏名		⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪職業	⑫収入見込(向こう1年間)	⑬マイナンバー
	フガナ 氏	名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女				
	⑭同居別居の別	⑮被扶養者になった日	⑯被扶養者になった理由		⑰被扶養者でなくなった日	⑱被扶養者でなくなった理由		
	同居 別居	年 月 日	<input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input 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	<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)		
	⑲備考							

被扶養者の	⑦被扶養者の氏名		⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪職業	⑫収入見込(向こう1年間)	⑬マイナンバー
	フガナ 氏	名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女				
	⑭同居別居の別	⑮被扶養者になった日	⑯被扶養者になった理由		⑰被扶養者でなくなった日	⑱被扶養者でなくなった理由		
	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	<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)		
	⑲備考							

被扶養者の	⑦被扶養者の氏名		⑧生年月日	⑨性別	⑩続柄	⑪職業	⑫収入見込(向こう1年間)	⑬マイナンバー
	フガナ 氏	名	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女				
	⑭同居別居の別	⑮被扶養者になった日	⑯被扶養者になった理由		⑰被扶養者でなくなった日	⑱被扶養者でなくなった理由		
	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	<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)		
	⑲備考							

認定 削除 令和 年 月 日

第3号被保険者関係届



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。 〒 -
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

--

配偶者

①被保険者証の番号	②配偶者の氏名	③生年月日	④性別	⑤該当・非該当	⑥資格取得日	⑦標準報酬月額
氏	名	5昭和 7平成	1.男 2.女	1.該当 2.非該当(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被保険者氏名	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	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 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		( )		
右の㉖～㉙の欄は 海外へ転出した場合や 海外から転入した場合に 記入してください。	㉖海外特例要件に該当した日		㉗海外特例要件に該当した理由			
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 留学	<input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 同行家族	<input type="checkbox"/> 海外婚姻	( )		
	㉘海外特例要件に非該当となった日	㉙海外特例要件に非該当となった理由				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 国内転入	<input type="checkbox"/> 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

届出人

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

国民年金 第3号被保険者関係届 決定通知

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。 〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

(第2号被保険者) 配偶者

① 被保険者証の番号	② 配偶者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	⑤ 該当・非該当	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.該当 2.非該当(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 被保険者氏名	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 別居		都道府県				
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 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 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		( )		
右の㉖～㉙の欄は 海外へ転出した場合や 海外から転入した場合に 記入してください。	㉖ 海外特例要件に該当した日		㉗ 海外特例要件に該当した理由			
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 留学	<input type="checkbox"/> 特定活動	<input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 同行家族	<input type="checkbox"/> 海外婚姻	( )		
	㉘ 海外特例要件に非該当となった日	㉙ 海外特例要件に非該当となった理由				
年 月 日	<input type="checkbox"/> 国内転入	<input type="checkbox"/> その他				
	(年 月 日)	( )				

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

# 【記入例】1枚目、2枚目

■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

<b>正</b> 健康保険 被扶養者(異動)届		常務理事 事務長 係員 係員 <b>健康保険組合の記入欄</b>	
令和 1 年 5 月 5 日 提出			
<b>提出者記入欄</b> 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		提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。	
<b>事業主の証明欄</b>		社会保険労務士記載欄   氏名等 <b>社労士記載欄</b>	
① 被扶養者の氏名 氏 名 光 太郎		② 被扶養者の氏名 氏 名 光 太郎	
③ 生年月日 年 月 日 5 9 0 5 1 3		④ 性別 ⑤ 異動の別 ⑥ 資格取得日 年 月 日 0 1 0 5 0 1	
⑦ 標準報酬月額 円 1 7 0 0 0 1 3		⑧ マイナンバー 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	
⑨ 住所 〒 1-2-3 ひかりレジデンス201号		⑩ 収入見込(前2年間) 東京 豊島区東池袋	
⑪ 被扶養者の氏名 氏 名 ヒカリ ハナコ 光 花子		⑫ 生年月日 年 月 日 6 2 0 6 0 9	
⑬ 性別 ⑭ 続柄 ⑮ 職業 妻 パート		⑯ 収入見込(前2年間) 102万 1 1 2 3 3 3 5 8 0 1 7 8	
⑰ マイナンバー 1 7 0 0 0 1 3		⑱ 住所 東京 豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号	
⑲ 被扶養者になった日 年 月 日 0 1 0 5 0 1		⑳ 被扶養者になった理由 <input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 所得減少 <input type="checkbox"/> その他	
㉑ 被扶養者でなくなった日 年 月 日		㉒ 被扶養者でなくなった理由 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 収入増加	
㉓ 配偶者の年間収入 円		㉔ 届出(以前・以後)の加入医療保険者名 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合	
㉕ 被扶養者の氏名 氏 名 ヒカリ イチロウ 光 一朗		㉖ 生年月日 年 月 日 2 5 1 0 2 5	
㉗ 性別 ㉘ 続柄 ㉙ 職業 長男 小学生		㉚ 収入見込(前2年間) 0 0 2 3 4 1 5 6 8 9 1 0 3	
㉛ マイナンバー 0 1 0 5 0 1		㉜ 住所 〒	
㉝ 被扶養者になった理由 <input checked="" type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		㉞ 被扶養者でなくなった理由 <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)	
㉟ 被扶養者の氏名 氏 名 ヒカリ ナツコ 光 夏子		㊱ 生年月日 年 月 日 2 8 0 8 0 9	
㊲ 性別 ㊳ 続柄 ㊴ 職業 長女 未就学児		㊵ 収入見込(前2年間) 0 1 2 1 2 5 5 6 7 8 3 0 1	
㊶ マイナンバー 0 1 0 5 0 1		㊷ 住所 〒	
㊸ 被扶養者になった理由 <input checked="" type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		㊹ 被扶養者でなくなった理由 <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)	
㊺ 被扶養者の氏名 氏 名 ヒカリ ハルコ 光 春子		㊻ 生年月日 年 月 日 0 1 0 5 0 3	
㊼ 性別 ㊽ 続柄 ㊾ 職業 二女 未就学児		㊿ 収入見込(前2年間) 0 2 3 2 3 1 1 4 5 6 8 7 6	
㋀ マイナンバー 0 1 0 5 0 1		㋁ 住所 〒	
㋂ 被扶養者になった理由 <input checked="" type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		㋃ 被扶養者でなくなった理由 <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)	
㋄ 被扶養者の氏名 氏 名		㋅ 生年月日 年 月 日	
㋆ 性別 ㋇ 続柄 ㋈ 職業 収入見込(前2年間)		㋉ マイナンバー 収入見込(前2年間)	
㋊ 被扶養者になった理由 <input type="checkbox"/> 新規(入社) <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> その他(備考欄詳細記入)		㋋ 被扶養者でなくなった理由 <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)	
健康保険組合の記入欄			
健康保険組合の記入欄			
ひかり健康保険組合			

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  
 別々に記入してください。

⑩収入見込(前2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。

㉔届出(以前・以後)の加入医療保険者名  
 ・追加の場合は、直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  
 ㉕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。  
 ㉖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。

㉗被扶養者  
 「妻」「長男」「長女」「二男」「二女」などと記入し  
 てください。


㉘収入見込  
 「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。

※追加/削除 該当する方に日付を記入  
 ㉕と㉖被扶養者になった日(追加)  
 ・入社時=転籍時=入社日・転籍日  
 ・結婚=結婚日  
 ・離婚=退職日の翌日  
 ㉗と㉘被扶養者でなくなった日(削除)  
 ・就職=就職日  
 ・離婚=離婚日

# 【記入例】3枚目、4枚目

■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・ご捺印をお願いします。

<b>正</b>	様式コード 4 3 0 0	国民年金 <b>第3号被保険者関係届</b>	 交付日付印
令和 1 年 5 月 5 日 提出			
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。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	<b>事業主の証明欄</b>	
(第3号被保険者) 配偶者	②被保険者の氏名 氏名 <b>光 太郎</b>		<b>社労士記載欄</b>
	③生年月日 年 月 日 5 9 0 5 1 3	④性別 ⑤該当・非該当 1. 該当 ( ) 2. 非該当 (変更) ( )	
⑥マイナンバー 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0		⑦住所 〒 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 フリガナ <b>ヒカリ ハナコ</b> 氏名 <b>光 花子</b>		<b>収入見込(向こう1年間)</b>
	⑪生年月日 年 月 日 6 2 0 6 0 9	⑫性別 ⑬続柄 ⑭職業 ⑮収入見込(向こう1年) 102万 1 1 2 3 3 5 8 0 1 7 8	
⑯郵便番号 1 7 0 - 0 0 1 3		⑰住所 東京 豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号	
⑱届出理由 年 月 日 0 1   0 5   0 1		⑲備考	
※追加/削除 該当する方に記入 <b>①被扶養者になった日(追加)</b> ・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 <b>②被扶養者でなくなった日(削除)</b> ・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 <b>①と②被扶養者になった理由(追加)</b> ・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。 <b>③と④被扶養者でなくなった理由(削除)</b> ・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。	
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済み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 ー <b>健康保険組合の記入欄</b> 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 1 年 5 月 1 日 住所 〒 170 - 0013 <b>東京都豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号</b> 氏名 <b>光 花子</b> 電話 <b>080-1212-3434</b> <b>届出人欄</b> 配偶者を扶養追加・削除する場合、 いずれも <b>配偶者の署名・捺印</b>	
		日本年金機構	