正

健康保険

被扶養者(異動)届

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。 〒　　ー
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
	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
	〒　　ー　　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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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	ー	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				㉔届出(以前・以後)の加入医療保険者名
年　月　日	□ 新規	□ 婚姻	□ 所得減少	□ その他	
	□ 転籍	□ 離職	□ 雇用保険受給終了	(　　)	

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				㉕備考
年　月　日	□ 死亡(　年　月　日)	□ 離婚	□ 後期高齢者	□ その他	
	□ 就職(　年　月　日)	□ 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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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郵便番号	㊱住所
同居・別居	ー	都道府県

㊲被扶養者になった日	㊳被扶養者になった理由		㊴被扶養者でなくなった日	㊵被扶養者でなくなった理由		㊶備考
年　月　日	□ 新規(入社)	□ 離職	年　月　日	□ 死亡(　年　月　日)	□ 別居	
	□ 転籍	□ 収入減		□ 就職(　年　月　日)	□ 後期高齢者	
	□ 出生	□ その他(備考欄詳細記入)		□ 収入増加	□ その他(備考欄詳細記入)	

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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郵便番号	㊱住所
同居・別居	ー	都道府県

㊲被扶養者になった日	㊳被扶養者になった理由		㊴被扶養者でなくなった日	㊵被扶養者でなくなった理由		㊶備考
年　月　日	□ 新規(入社)	□ 離職	年　月　日	□ 死亡(　年　月　日)	□ 別居	
	□ 転籍	□ 収入減		□ 就職(　年　月　日)	□ 後期高齢者	
	□ 出生	□ その他(備考欄詳細記入)		□ 収入増加	□ その他(備考欄詳細記入)	

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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郵便番号	㊱住所
同居・別居	ー	都道府県

㊲被扶養者になった日	㊳被扶養者になった理由		㊴被扶養者でなくなった日	㊵被扶養者でなくなった理由		㊶備考
年　月　日	□ 新規(入社)	□ 離職	年　月　日	□ 死亡(　年　月　日)	□ 別居	
	□ 転籍	□ 収入減		□ 就職(　年　月　日)	□ 後期高齢者	
	□ 出生	□ その他(備考欄詳細記入)		□ 収入増加	□ その他(備考欄詳細記入)	

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

ひかり健康保険組合

副

健康保険 **被扶養者 認定又は削除通知** ＜事業主控＞

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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				㉔届出（以前・以後）の加入医療保険者名
年　月　日	□ 新規	□ 婚姻	□ 所得減少	□ その他（　　）	
	□ 転籍	□ 離職	□ 雇用保険受給終了		

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				㉕備考
年　月　日	□ 死亡（　年　月　日）	□ 離婚	□ 後期高齢者	□ その他（　　）	
	□ 就職（　年　月　日）	□ 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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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郵便番号	㊱住所
同居・別居	－　　都道府県	

㊲被扶養者になった日	㊳被扶養者になった理由		㊴被扶養者でなくなった日	㊵被扶養者でなくなった理由		㊶備考
年　月　日	□ 新規（入社）	□ 離職	年　月　日	□ 死亡（　年　月　日）	□ 別居	
	□ 転籍	□ 収入減		□ 就職（　年　月　日）	□ 後期高齢者	
	□ 出生	□ その他（備考欄詳細記入）		□ 収入増加	□ その他（備考欄詳細記入）	

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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郵便番号	㊱住所
同居・別居	－　　都道府県	

㊲被扶養者になった日	㊳被扶養者になった理由		㊴被扶養者でなくなった日	㊵被扶養者でなくなった理由		㊶備考
年　月　日	□ 新規（入社）	□ 離職	年　月　日	□ 死亡（　年　月　日）	□ 別居	
	□ 転籍	□ 収入減		□ 就職（　年　月　日）	□ 後期高齢者	
	□ 出生	□ その他（備考欄詳細記入）		□ 収入増加	□ その他（備考欄詳細記入）	

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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郵便番号	㊱住所
同居・別居	－　　都道府県	

㊲被扶養者になった日	㊳被扶養者になった理由		㊴被扶養者でなくなった日	㊵被扶養者でなくなった理由		㊶備考
年　月　日	□ 新規（入社）	□ 離職	年　月　日	□ 死亡（　年　月　日）	□ 別居	
	□ 転籍	□ 収入減		□ 就職（　年　月　日）	□ 後期高齢者	
	□ 出生	□ その他（備考欄詳細記入）		□ 収入増加	□ その他（備考欄詳細記入）	

認定　削除	令和	年　月　日

ひかり健康保険組合

正

様式コード			
4	3	0	0

国民年金

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（第2号被保険者）

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 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				㉔届出（以前・以後）の加入医療保険者名
年　月　日	□ 新規	□ 婚姻	□ 所得減少	□ その他	
	□ 転籍	□ 離職	□ 雇用保険受給終了	（　　）	

㉒第3号被保険者でなくなった日	㉓第3号被保険者でなくなった理由				㉕備考
年　月　日	□ 死亡（　年　月　日）	□ 離婚	□ 後期高齢者	□ その他	
	□ 就職（　年　月　日）	□ 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	□ 留学	□ 特定活動	□ その他
		□ 同行家族	□ 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	□ 国内転入（　年　月　日）	□ 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

日本年金機構

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

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
	ﾌﾘｶﾞﾅ 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				㉔ 届出（以前・以後）の加入医療保険者名
	年　月　日	□ 新規	□ 婚姻	□ 所得減少	□ その他	
		□ 転籍	□ 離職	□ 雇用保険受給終了	（　　）	
	㉒ 第3号被保険者でなくなった日	㉓ 第3号被保険者でなくなった理由				㉕ 備考
	年　月　日	□ 死亡（　年　月　日）	□ 離婚	□ 後期高齢者	□ その他	
		□ 就職（　年　月　日）	□ 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	□ 留学	□ 特定活動	□ その他	
			□ 同行家族	□ 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	□ 国内転入（　年　月　日）	□ 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

年金事務所長

【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

正

健康保険　**被扶養者（異動）届**

常務理事	事務長	係員
健康保険組合の記入欄		

受付日付印

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。
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

電話番号　（　　）

事業主の証明欄

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

社労士記載欄

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
1	氏 光	名 太朗	5.昭和 7.平成 5年9月5日	1.男 2.女	1.追加 2.削除（変更）	0105	記載不要

⑧ マイナンバー：0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0

⑨ 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

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）	⑯ マイナンバー
フリガナ ヒカリ　氏 光　名 ハナコ 花子	5.昭和 7.平成 6年06月09日	1.男 2.女	妻	パート	102万	1 1 2 3 3 3 5 8 0 1 7 8

⑰ 同居別居の別：同居　⑱ 郵便番号：170-0013　⑲ 住所：東京都 豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号

⑳ 被扶養者になった日：0 1 0 5 0 1

㉑ 被扶養者になった理由：☑ 新規　☐ 転籍　☐ 婚姻　☐ 離職　☐ 所得減少　☐ 雇用保険受給終了　☐ その他（　）

㉒ 被扶養者でなくなった日：年 月 日

㉓ 被扶養者でなくなった理由：☐ 死亡（年 月 日）　☐ 就職（年 月 日）　☐ 離婚　☐ 収入増加　☐ 後期高齢者　☐ その他（　）

㉔ 届出（以前・以後）の加入医療保険組合名：●×健康保険組合

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）	㉝ マイナンバー
フリガナ ヒカリ　氏 光　名 イチロウ 一朗	5.昭和 7.平成 9.令和 2年10月25日	1.男 2.女	長男	小学生	0	0 2 3 4 1 5 6 8 9 1 0 3

㉞ 同居別居の別：同居　㉟ 郵便番号：170-0013　㊱ 住所：東京都 豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号

㊲ 被扶養者になった日：0 1 0 5 0 1

㊳ 被扶養者になった理由：☐ 新規（入社）　☐ 転籍　☐ 出生　☐ 離職　☐ 収入減　☐ その他（備考欄詳細記入）

㊴ 被扶養者でなくなった日：年 月 日

㊵ 被扶養者でなくなった理由：☐ 死亡（年 月 日）　☐ 就職（年 月 日）　☐ 収入増加　☐ 別居　☐ 後期高齢者　☐ その他（備考欄詳細記入）

㊶ 備考

被扶養者の他者

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）	㉝ マイナンバー
フリガナ ヒカリ　氏 光　名 ナツコ 夏子	5.昭和 7.平成 9.令和 2年08月09日	1.男 2.女	長女	未就学児	0	1 2 1 2 5 5 6 7 8 3 0 1

㉞ 同居別居の別：同居　㉟ 郵便番号：170-0013　㊱ 住所：東京都 豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号

㊲ 被扶養者になった日：0 1 0 5 0 1

㊳ 被扶養者になった理由：☐ 新規（入社）　☐ 転籍　☐ 出生　☐ 離職　☐ 収入減　☐ その他（備考欄詳細記入）

㊴ 被扶養者でなくなった日：年 月 日

㊵ 被扶養者でなくなった理由：☐ 死亡（年 月 日）　☐ 就職（年 月 日）　☐ 収入増加　☐ 別居　☐ 後期高齢者　☐ その他（備考欄詳細記入）

㊶ 備考

被扶養者の他者

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）	㉝ マイナンバー
フリガナ ヒカリ　氏 光　名 ハルコ 春子	5.昭和 7.平成 9.令和 01年05月03日	1.男 2.女	二女	未就学児	0	2 3 2 3 1 1 4 5 6 8 7 6

㉞ 同居別居の別：同居　㉟ 郵便番号：170-0013　㊱ 住所：東京都 豊島区東池袋1-2-3 ひかりレジデンス201号

㊲ 被扶養者になった日：0 1 0 5 0 1

㊳ 被扶養者になった理由：☐ 新規（入社）　☐ 転籍　☐ 出生　☐ 離職　☐ 収入減　☐ その他（備考欄詳細記入）

㊴ 被扶養者でなくなった日：年 月 日

㊵ 被扶養者でなくなった理由：☐ 死亡（年 月 日）　☐ 就職（年 月 日）　☐ 収入増加　☐ 別居　☐ 後期高齢者　☐ その他（備考欄詳細記入）

㊶ 備考

健康保険組合の記入欄

※健保記入欄
扶認　月　現　退職　離職　資取　資喪　収入　年金　扶・受　扶・研　確認　扶記　送金
住民　資　資　資　資　資　資　資　資　資　資　資　資　資　資　資

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。

②被保険者の氏名

⑮と㉜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。

※追加/削除　該当する方に日付を記入

⑳と㉕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**

㉒と㉔被扶養者でなくなった日（削除）
・就職＝**就職日**
・離婚＝**離婚日**

㉔届出（以前・以後）の加入医療保険組合名
・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✔

㉑と㉚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。

㉓と㉚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、

⑬と㉚続柄
「妻」「長男」「長女」「二男」「二女」などと記入してください。

⑭と㉛職業
「主婦」「未就学児」「小学生」「年金受給者」な

【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・ご捺印をお願い致します。

正　様式コード 4300

国民年金　**第3号被保険者関係届**

受付日付印

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　（　　）

事業主の証明欄

社会保険労務士記載欄｜氏名等

社労士記載欄

配偶者（第2号被保険者）

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 光　名 太朗	5.昭和 7.平成 5 9 0 5 1 3 年 月 日	1.男 2.女	1.該当 2.非該当（変更）	年 月 日	千円

②被保険者の氏名

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 都道府県 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収入見込（向こう1年）	⑯マイナンバー
フリガナ ヒカリ　氏 光　名 ハナコ 花子	5.昭和 7.平成 6 2 0 6 0 9 年 月 日	1.男 2.女	妻	パート	102万	1 1 2 3 3 3 5 8 0 1 7 8

⑰同居別居の別	⑱郵便番号	⑲住所
同居 別居	1 7 0 - 0 0 1 3	東京 都道府県 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				㉔届出（以前・以後）の加入医療保険者名
年 月 日 0 1 0 5 0 1	☑新規	□婚姻	□所得減少	□その他	
	□転籍	□離職	□雇用保険受給終了	（　　）	

㉒第3号被保険者でなくなった日	㉓第3号被保険者でなくなった理由				㉕備考
年 月 日	□死亡（　年　月　日）	□離婚	□後期高齢者	□その他	
	□就職（　年　月　日）	□収入増加		（　　）	

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	□留学	□特定活動	□その他
	□同行家族	□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	□国内転入（　年　月　日）	□その他（　　）

～㉙の欄は転出した場合や転入した場合にください。

⑤該当・非該当
扶養しはじめるときは「該当」、扶養しなくなったときは「非該当（変更）」に○を囲んでください。

⑮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。

⑭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。

⑬続柄
「妻」「夫」などと記入してください。

※追加/削除　該当する方に記入

⑳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**

㉒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✔

㉑と㉚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。

㉓と㉚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。

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**

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

健康保険組合の記入欄

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

日本年金機構