

届出書の記入例

いずれかを○で囲んでください。
 被扶養者が増えたとき 追加1
 被扶養者が減ったとき 削除(変更)2
 被扶養者の氏名等に変更があったとき 削除(変更)2

「④異動の別」にて「削除(変更)2」に○を囲んだ場合、次のいずれかを○で囲んでください。
 「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」

3枚目の国民年金第3号被扶養者届を同時に提出する場合は、被保険者及び記番号である被扶養者の基礎年金番号を必ず記入してください。

保険証を参照し、事業所整理記号、被保険者整理番号を記入し

健康保険被扶養者(異動)届

実態がわかるように「主婦」、「年金受給者」等と記入してください。

いずれかを○で囲んでください。
 ・被保険者が全国健康保険協会管轄健康保険組合等の被用者保険制度に加入した場合:ア被保険者が被用者保険制度に加入・転職等により被保険者が所属する年金制度が変更となった場合:イ被保険者の所属する年金制度等の変更 ※さらにその内容についてa、b、cのいずれかを○で囲んでください。
 ・厚生年金保険から共済組合へ変更となった場合:a厚生年金保険→共済組合
 ・共済組合から厚生年金保険へ変更となった場合:b共済組合→厚生年金保険
 ・共済組合から共済組合へ変更となった場合:c共済組合→共済組合
 ・被扶養者が婚姻により被扶養者となった場合:が婚姻
 ・配偶者が婚姻により厚生年金保険の被扶養者資格を喪失し被扶養者の被扶養者となった場合:イ被扶養者の職歴(2号喪失)
 ・配偶者の収入が減少し、今後見込まれる収入が年間130万円未満となった場合:オ被扶養者の所得減少
 ・その他の理由による場合:カその他
 ※その理由を()内に次のとおり記入してください。

①事業所整理記号	②被保険者整理番号	③被保険者の氏名	④生年月日	⑤性別	⑥異動の別	⑦変更内容	⑧資格取得年月日	⑨標準報酬月額	送信
11	9999	フリガナ ヤマザキ 太郎 (氏名)	明1 大3 昭5 平7 5 5 1 0 1 0	男	追加1	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	1 7 0 4 1 0	2 0 0	
⑩基礎年金番号又は手帳記号番号		⑪配偶者共済番号表示		⑫所コード		⑬被扶養者の住所		備考	
1 2 3 4 8 7 6 5 4 3		1 2 0 0 0 2 2		東京都杉並区		高井戸2-3-4			
⑭配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		⑮生年月日(訂正)年月日		⑯手帳記号番号		⑰被扶養者(第3号被保険者)になった理由		⑱被扶養者(第3号被保険者)でなくなった理由	
1 2 3 4 7 6 5 4 3 2		明1 大3 昭5 平7 5 6 0 3 2 6				イ 被保険者が被用者保険制度に加入 ロ 被扶養者の所属する年金制度等の変更 ハ 厚生年金保険→共済組合 ニ 共済組合→厚生年金保険 ヒ 共済組合→共済組合 ヘ 婚姻 ト 配偶者が婚姻により厚生年金保険の被扶養者資格を喪失し被扶養者の被扶養者となった場合:イ被扶養者の職歴(2号喪失) チ 配偶者の収入が減少し、今後見込まれる収入が年間130万円未満となった場合:オ被扶養者の所得減少 カ その他		死亡(平成 年 月 日死亡)	
⑲被扶養者の氏名		⑳生年月日		㉑性別		㉒続柄		㉓職業	
フリガナ ヤマザキ ハナコ (氏名)		明1 大3 昭5 平7 5 6 0 3 2 6		女		妻		主婦なし	
㉔住所		㉕郵便番号		㉖住所コード		㉗フリガナ		㉘収入	
同居		同居						2 3 0 7 0 7	
㉙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		㉚配偶者の年間収入		㉛被保険者の年間収入		㉜理由		㉝解除事由	
						1. 75歳到達 2. 障害認定		同居/別居	

配偶者である被扶養者の生年月日に訂正がない場合は、記入しないでください。

配偶者の住所及び郵便番号を記入してください。被保険者欄と同じである場合は、「同居」と記入してください。

入社の場合は、入社日を記入してください。被扶養者が増えた場合は、出生年月日、婚姻年月日、退職日の翌日、等を記入してください。

退職の理由が就職の場合は、就職年月日を、死亡の場合は、死亡日の翌日を記入してください。後期高齢者医療の被保険者となった場合は、被保険者となった日を記入してください。

収入には非課税対象となる年金(障害・遺族)、失業給付、傷病手当金等を含みます。

実態がわかるように「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、「16歳以上の学生の場合は、「高校〇年」等と記入してください。

別居の場合は、被保険者がする1か月あたりの仕送額を記入してください。ただし、遠隔地の大学等へ進学するため別居している屋間の学生は除きます。

配偶者以外の被扶養者が有る場合に氏名、生年月日、性別(○で囲む)、被保険者との続柄(父、母、子、祖父、祖母など)を記入します。

被扶養者でなくなった理由が次のいずれかである場合は、該当を○で囲んでください。
 ※この場合、「ハ理由」は記入不要です。
 後期高齢者医療の被保険者となった場合:1.75歳到達
 一定の障害に該当し広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となった場合:2.障害認定

いずれかを○で囲んでください。
 被扶養者(第3号被保険者)であった配偶者が死亡した場合:死亡 ※死亡年月日を記入してください。
 その他の理由による場合:その他()
 ※その理由(就職、収入増加、離婚等)を()内に記入してください。また、後期高齢者医療の被保険者に該当する場合は()内に次のとおり記入してください。
 75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となった場合:75歳到達
 一定の障害に該当し広域連合の認定を受け、後期高齢者医療の被保険者となった場合:障害認定

収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。

上記のとおり被保険者からの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

平成 23 年 7 月 8 日 提出

扶養に関する申立書
 (添付書類が提出できない事情がある場合に記入して下さい。)

上記の事実と相違ありません。 氏名

社会保険労務士の提出代行者印

被保険者がこの届書を事業主へ提出した日を記入してください。

年金事務所受付印