# 届出書の記入例

## 健康保険被扶養者（異動）届

3枚目の国民年金第3号被保険者届を同時に提出する場合は、被保険者及び配偶者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。

事業所整理記号、被保険者整理番号を記入してください。

被保険者資格取得届と同時にこの届書を提出される場合は、記入は不要です。

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。

教育事務所で記入しますので、記入は不要です。

| 事務センター長 所長 | 副事務センター長 副所長 | グループ 課 |
|---|---|---|
| | | |

| ①事業所整理記号 | ②被保険者整理番号 | ⑦被保険者の氏名 | ③生年月日 | ④性別 | ④異動の別 | ⑦変更内容 削除(変更)の場合 | ⑤資格取得年月日 | ⑤標準報酬月額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 垣 | きうそ | フリガナ セイノウ タロウ (氏) 西濃 (名) 太郎 印鑑 印 | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日 5 5 1 0 1 0 | ★ 男1 ・ 女2 | ★ 追加1 ・ 削除2 (変更) | ★ 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 | 年 月 日 2 6 0 4 0 1 | 円 |

| ⑪基礎年金番号又は手帳記号番号 | 共済番号表示 | ⑧郵便番号 | ⑦被保険者の住所 | ⑦備考 |
|---|---|---|---|---|
| 1 2 3 4 8 7 6 5 4 3 | ※ ①.配偶者共済番号表示 1 2 0 8 5 8 0 | | ※住所コード (フリガナ) トウキョウトスギナミクタカイド2－3－4 東京都杉並区高井戸2－3－4 | |

| ㊀配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 | ⑦生年月日(訂正後) | ㊁手帳記号番号 | ②被扶養者(第3号被保険者)になった理由 | ㉔ |
|---|---|---|---|---|
| 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2 | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日 | | ★ a.被保険者が被用者保険制度に加入 イ.被保険者の所属する年金制度等の変更 ロ.生年金保険→共済組合 b.共済組合→生年金保険 c.共済組合→共済組合 ウ.婚姻 ニ.被扶養者の離職(2号喪失) オ.被扶養者の所得減少 カ.その他( ) | ★ |

取得同時申請になりますので、「ア．被保険者が被用者保険制度に加入」を○で囲んでください。

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。

| 被扶養者番号 | ⑥被扶養者の氏名 | ⑦生年月日 | ⑧性別 | ⑨続柄 | ㊁職業 | ⑦収入 | ⑩被扶養者になった日 | ⑪被扶養者でなくなった日 | ㉑備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ※ | フリガナ ネンキン ハナコ (氏) 年金 (名) 花子 | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日 5 6 0 3 2 6 | ★ 男1 ・ 女2 ※ | 妻 | 主婦 | なし | 年 月 日 2 6 0 4 0 1 | | 取得同時申請 |

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。

被保険者資格取得届と同時に提出する場合は、㉑資格取得年月日を記入してください。

| ⑦郵便番号 | ⑦住所 | ⑦氏名変更(訂正)年月日 | ⑦外国人区分 | ⑦被扶養者通称名 | ㊀種別 | ㉔強制付番指定 | ㉔年金手帳作成 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ※住所コード フリガナ 同居 | 年 月 日 | ★ 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人 | (フリガナ) | | ※ 1.強制付番指定 | ※ 1.年金手帳再交付 |

子などを被保険者が扶養している状況にあるかを審査するため、被扶養者でない配偶者を有する場合、配偶者の年間収入を記入してください。また、被保険者の年間収入も記入してください。
※この欄を記入する場合は、「配偶者である被扶養者欄」は記入しません。

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。

㉒被扶養者でない配偶者を有する場合に記入してください 年間収入 円 被保険者の年間収入 円

| ㉓被扶養者番号 | ⑥被扶養者の氏名 | ⑦生年月日 | ⑧性別 | ⑨続柄 | ㊁職業 | ⑦収入 | ⑩被扶養者になった日 | ⑪被扶養者でなくなった日 | ㉓理由 | ⑫解除事由 | ㉒同居・別居の別 | ⑬住所地(都道府県) | ㉕被保険者証回収区分 | ㉑備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ※ | フリガナ (氏) (名) | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日 | ★ 男1 ・ 女2 ※ | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | 同居・別居 | ※ | ※ 添付 返不能 滅失 | |
| ※ | | | | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | 同居・別居 | | ※ | |
| ※ | フリガナ (氏) (名) | ★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日 | ★ 男1 ・ 女2 ※ | | | | 年 月 日 | 年 月 日 | | 1. 75歳到達 2. 障害認定 | 同居・別居 | ※ | 添付 返不能 滅失 | 送信 |

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○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。

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。

⑳被保険者証不要 ※ 要 0 不要 1

(事業主が確認した場合に○を記入してください。)

㉚ 確認 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。

平成 年 月 日提出

〒503－1501

事業所所在地 大垣市江崎町422－3

事業所名称 岐阜県西濃教育事務所

事業主氏名 西濃教育事務所長

電話 0584 ( 73 局) 1111 番

平成 年 月 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にある場合に記入して下さい。)

上記の事実に相違ありません。 氏名 ㊞

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

社会保険労務士の提出代

被扶養者となる者が被保険者に扶養されていることが添付書類にて確認できない場合、被保険者が扶養している状況を記入してください。