

正

健康保険被扶養者(異動)届
国民年金第3号被保険者関係届

平成 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	届書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	(印)
	電話番号	()
事業主等受付年月日		平成 年 月 日

社会保険労務士記載欄
氏名等 (印)

A被保険者欄	① 被保険者証 記号	② (フリガナ) 番号	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	④ 性別	1.男 2.女
		氏名 (印)	⑤ 個人番号						
			基礎年金番号						
	⑥ 住所	〒 - (フリガナ) 都道府県						⑦ 資格取得年月日	⑧ 標準報酬月額

配偶者が被扶養者(第3号被保険者)になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

B配偶者である被扶養者欄 (第3号被保険者)	① 第3号被保険者に関し、以下のとおり提出します。 平成 年 月 日	② 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	③ 性別	1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)		
	氏名 (フリガナ) (印)	④ 個人番号								
	氏名	基礎年金番号								
	※第3号被保険者関係届の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します。 <input type="checkbox"/>	⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名 (フリガナ)							
⑦ 住所	同居・別居	〒 -	⑧ 電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 ()						
⑨ 被扶養者(第3号被保険者)になった日	7.平成	年	月	日	⑩ 理由	1.配偶者の就職 4.収入減少 2.婚姻 5.その他 3.離職 ()			⑪ 職業	⑫ 収入 (年収) 円
⑬ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	7.平成	年	月	日	⑭ 理由	1.死亡(平成 年 月 日) 2.離婚 3.収入増加・就職 6.その他 ()			⑮ 備考	証回収区分 ※ 添付返不能減失 ※ 認定欄 ※

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

Cその他の被扶養者欄1	① (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号										
	⑥ 住所	1.同居 2.別居()									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑧ 職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生 3.年金受給者 6.その他()			⑨ 収入 (年収) 円	⑩ 理由
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 3.収入増加 5.障害認定 2.就職 4.75歳到達 6.その他()			⑬ 備考	証回収区分 ※ 添付・返不能・減失 ※ 認定欄 ※	

Cその他の被扶養者欄2	① (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号										
	⑥ 住所	1.同居 2.別居()									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑧ 職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生 3.年金受給者 6.その他()			⑨ 収入 (年収) 円	⑩ 理由
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 3.収入増加 5.障害認定 2.就職 4.75歳到達 6.その他()			⑬ 備考	証回収区分 ※ 添付・返不能・減失 ※ 認定欄 ※	

Cその他の被扶養者欄3	① (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	③ 性別	1.男 2.女	④ 続柄		
	⑤ 個人番号										
	⑥ 住所	1.同居 2.別居()									
	⑦ 被扶養者になった日	7.平成	年	月	日	⑧ 職業	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生 3.年金受給者 6.その他()			⑨ 収入 (年収) 円	⑩ 理由
⑪ 被扶養者でなくなった日	7.平成	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 3.収入増加 5.障害認定 2.就職 4.75歳到達 6.その他()			⑬ 備考	証回収区分 ※ 添付・返不能・減失 ※ 認定欄 ※	

副

健康保険被扶養者（異動）届

〈事業主控〉

平成 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	届書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	()
事業主等受付年月日		平成 年 月 日

下記のとおり（認定・削除）しましたので通知します。

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 印

A 被保険者欄	① 被保険者証 記号 番号	② (フリガナ) 氏名	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑥ 住所	〒 - (フリガナ) 都道府県		⑦ 資格取得年月日	年 月 日	⑧ 標準報酬月額	千円

配偶者が被扶養者（第3号被保険者）になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

B 配偶者である被扶養者欄 (第3号被保険者)	① 第3号被保険者に関し、以下のとおり提出します。 平成 年 月 日	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	③ 性別	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	氏名 (フリガナ) 氏名	※第3号被保険者関係届の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します。 <input type="checkbox"/>		⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名 (フリガナ)	
	⑦ 住所 同居・別居 〒 - ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。	⑧ 電話番号	⑨ 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()			
	⑩ 被扶養者(第3号被保険者)になった日 平成 年 月 日	⑪ 理由	⑫ 1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 () 3. 離職	⑬ 職業 ()	⑭ 収入 (年収) 円	⑮ 証回収区分
⑰ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日 平成 年 月 日	⑱ 理由	⑲ 1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加・就職 6. その他 ()	⑳ 備考	㉑ ※ 添付返不能減失 ※		

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」を、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲み、記入してください。

C その他の被扶養者欄 1	① (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄
	⑦ 被扶養者になった日 平成 年 月 日	⑧ 職業	⑨ 収入 (年収) 円	⑩ 理由	⑪ 1. 出生 4. 同居 2. 離職 5. その他 3. 収入減 ()		
	⑫ 被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	⑬ 理由	⑭ 1. 死亡 3. 収入増加 5. 障害認定 2. 就職 4. 75歳到達 6. その他 ()	⑮ 備考	⑯ 証回収区分	⑰ 認定欄	

C その他の被扶養者欄 2	① (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄
	⑦ 被扶養者になった日 平成 年 月 日	⑧ 職業	⑨ 収入 (年収) 円	⑩ 理由	⑪ 1. 出生 4. 同居 2. 離職 5. その他 3. 収入減 ()		
	⑫ 被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	⑬ 理由	⑭ 1. 死亡 3. 収入増加 5. 障害認定 2. 就職 4. 75歳到達 6. その他 ()	⑮ 備考	⑯ 証回収区分	⑰ 認定欄	

C その他の被扶養者欄 3	① (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄
	⑦ 被扶養者になった日 平成 年 月 日	⑧ 職業	⑨ 収入 (年収) 円	⑩ 理由	⑪ 1. 出生 4. 同居 2. 離職 5. その他 3. 収入減 ()		
	⑫ 被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	⑬ 理由	⑭ 1. 死亡 3. 収入増加 5. 障害認定 2. 就職 4. 75歳到達 6. その他 ()	⑮ 備考	⑯ 証回収区分	⑰ 認定欄	

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届

平成 年 月 日 提出

日本年金機構

提出者情報	事業所所在地	届書記入の個人番号(基礎年金番号)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	()	
事業主等受付年月日		平成 年 月 日	

社会保険労務士記載欄
氏名等
㊟

A 配偶者欄 (第2号被保険者)	氏名	① (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	③ 性別	1. 男 2. 女	
		④ 個人番号								
	⑤ 住所		〒 - (フリガナ) 都道府県							

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

B 配偶者である被扶養者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 平成 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) 氏名 ㊟ ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します。 <input type="checkbox"/>		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	③ 性別	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	④ 個人番号									
	⑤ 外国籍		⑥ 外国人通称名 (フリガナ)							
	⑦ 住所	同居・別居	〒 - ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。						⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()
該当	⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成	年	月	日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()			
非該当(変更)	⑫ 被扶養者第3号被保険者でなくなった日	7. 平成	年	月	日	⑬ 理由	1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他 ()		⑭ 備考	

健康保険証の発行元に確認を受けてください。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	06281273			
	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。				
	届書記載の第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 平成 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記入の必要はありません。)				
	所在地	〒 658 - 0024 神戸市東灘区魚崎浜町33 兵庫県自動車会館内			
	名称	兵庫自動車販売店健康保険組合			
代表者等氏名	㊟				
電話	078 (453) 3211				