

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

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号
事業主等受付年月日

社会保険労務士記載欄
氏名等

A 被保険者欄
① 被保険者証記号 ② 氏名 (フリガナ) ③ 生年月日 ④ 性別 ⑤ 個人番号 ⑥ 住所 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 氏名 (フリガナ) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 個人番号 ⑤ 外国籍 ⑥ 外国人通称名 ⑦ 住所 ⑧ 電話番号 ⑨ 被扶養者になった日 ⑩ 理由 ⑪ 職業 ⑫ 収入 ⑬ 非該当(変更) ⑭ 理由 ⑮ 備考 ⑯ 証回収区分 ⑰ 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 氏名 (フリガナ) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 続柄 ⑤ 住所 ⑥ 個人番号 ⑦ 被扶養者になった日 ⑧ 職業 ⑨ 収入 ⑩ 理由 ⑪ 非該当(変更) ⑫ 理由 ⑬ 備考 ⑭ 証回収区分 ⑮ 認定欄

C その他の被扶養者欄 2
① 氏名 (フリガナ) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 続柄 ⑤ 住所 ⑥ 個人番号 ⑦ 被扶養者になった日 ⑧ 職業 ⑨ 収入 ⑩ 理由 ⑪ 非該当(変更) ⑫ 理由 ⑬ 備考 ⑭ 証回収区分 ⑮ 認定欄

【事業主記載欄】事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 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(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者
被保険者との続柄(※)に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。
※ 内縁関係の場合は省略できません。

副

健康保険被扶養者（異動）届

〈事業主控〉

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号
事業主等受付年月日

下記のとおり（認定・削除）しましたので通知します。

尼崎機械金属健康保険組合理事長

A 被保険者欄
① 被保険者証 ② (フリガナ) ③ 生年月日 ④ 性別 ⑤ 昭和 ⑥ 平成 ⑦ 令和
住所 ⑧ 資格取得年月日 ⑨ 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。
② 生年月日 ③ 性別 ④ 夫 ⑤ 妻 ⑥ 未届 ⑦ 妻 ⑧ 未届
住所 ⑨ 被扶養者になった日 ⑩ 理由 ⑪ 職業 ⑫ 収入
⑬ 被扶養者でなくなった日 ⑭ 理由 ⑮ 備考

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) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 続柄 ⑤ 住所
⑥ 被扶養者になった日 ⑦ 職業 ⑧ 収入
⑨ 被扶養者でなくなった日 ⑩ 理由 ⑪ 備考

C その他の被扶養者欄 2
① (フリガナ) ② 生年月日 ③ 性別 ④ 続柄 ⑤ 住所
⑥ 被扶養者になった日 ⑦ 職業 ⑧ 収入
⑨ 被扶養者でなくなった日 ⑩ 理由 ⑪ 備考

【事業主記載欄】事業主の確認により添付書類を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- 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(※)又は控除対象扶養親族であることを確認しました。
※ 年末調整の際「配偶者控除」に該当する予定の配偶者
被保険者との続柄(※)に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。
※ 内縁関係の場合は省略できません。

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



令和 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		令和 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)	① 氏名 (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 基礎年金番号						
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。 令和 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)
	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 該当	第3号被保険者になった日	7. 平成 9. 令和	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 非該当(変更)	配偶者の加入制度	(31) 厚生年金保険・健康保険 32 国家公務員共済組合		36 地方公務員等共済組合 37 日本私立学校振興・共済事業団		30 厚生年金保険・船員		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	06281380	
	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 令和 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	〒 660 - 0881 尼崎市昭和通2丁目6-68	
	名称	尼崎機械金属健康保険組合	
代表者等氏名			
電話	06 (6482) 3288		