

常務理事	事務長	事務長代行	業務課長	係長	係

# 健康保険 被扶養者（異動）届

正

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証 の記号	健康保険被保険者証 の番号	被保険者の氏名 (氏名)		生年月日 年 月 日		性別	異動の別 追加1	変更内容	資格取得年月日 年 月 日	標準報酬月額 千 円
	基礎年金番号又は手帳記号番号		共済番号表示	郵便番号	住所コード	住所 (フリガナ)		被保険者の住所		備考	

配 偶 者 （ 夫 ま た は 妻 ） 欄	配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		生年月日(訂正後) 年 月 日		手帳記号番号		被扶養配偶者(第3号被保険者)になった理由			被扶養配偶者(第3号)でなくなった理由		
	被扶養者の氏名 (氏名) (フリガナ)		生年月日 年 月 日		性別	続柄	被扶養者の 職業	被扶養者の 収入	被扶養配偶者になった日 年 月 日	個人番号	被扶養者の同 居・別居の別	備考
	郵便番号		被扶養配偶者住所(被保険者と別居の場合のみ記入) 住所コード (フリガナ)				氏名変更(訂正)年月日 年 月 日	外国人区分 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人	被扶養配偶者通称名 (フリガナ)		種別	強制付番指定 年金手帳作成

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名 (氏名) (フリガナ)		生年月日 年 月 日		性別	続柄	被扶養者の 職業	被扶養者の 収入	被扶養者になった日 年 月 日	個人番号	認定・削除 された理由	被扶養者の同 居・別居の別	備考

上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。

平成 年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称 (印)

電 話

健康保険組合 受付印

「」印欄は記入しないでください。  
この届出書の3枚目は、国民年金第3号被保険者に係る届となっており、被保険者の届出印は省略することができます。

# 健康保険 被扶養者認定または削除通知書

副

被 保 険 者 欄	(1) 健康保険被保険者証の記号	(2) 健康保険被保険者証の番号	(7) 被保険者の氏名 (氏) (名)		(3) 生年月日 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7	(4) 性別 男 1 女 2	(4) 異動の別 追加1 削除2	(7)★変更内容(削除(変更)の場合) 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	(エ) 資格取得年月日 年 月 日	標準報酬月額 (オ) 千円
	※									
	(カ) 基礎年金番号又は手帳記号番号		※		(キ) 郵便番号		(ク) 被保険者の住所 ※住所コード (フリガナ)		(ケ) 備考	
						電話 ( )				

配 偶 者 （ 夫 ま た は 妻 ） 欄	(コ) 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) 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7		(サ) 手帳記号番号		(シ)★被扶養配偶者(第3号被保険者)になった理由 7.被保険者が被用者年金制度に加入 4.被保険者の所属する年金制度の変更 a.厚生年金保険→共済組合 b.共済組合→厚生年金保険 c.共済組合→共済組合 9.婚姻 5.被扶養配偶者の離職(2号喪失) 7.被扶養配偶者の所得減少			(ス)★被扶養配偶者(第3号)でなくなった理由 死亡 その他								
	(5)※	(6) 被扶養者の氏名 (氏) (名) (フリガナ)		(7) 生年月日 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7		(8) 性別 男 1 女 2	(9) 続柄 ※	(セ) 被扶養者の職業	(ソ) 被扶養者の収入	(10) 被扶養配偶者になった日 年 月 日	(11) 被扶養配偶者でなくなった日 年 月 日	(7) 被扶養者の同居・別居の別	(7) 備考					
			(7) 郵便番号		(ハ) 被扶養配偶者住所(被保険者と別居の場合のみ記入) ※住所コード (フリガナ)			(ニ) 氏名変更(訂正)年月日		(ホ) 外国人区分 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人		(ヘ) 被扶養配偶者通称名 (フリガナ)		(ニ) 種別		(7) 強制付番指定		(ハ) 年金手帳作成 ★
						電話 ( )												

そ の 他 の 被 扶 養 者 欄	(5)※	(6) 被扶養者の氏名 (氏) (名) (フリガナ)		(7) 生年月日 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7		(8) 性別 男 1 女 2	(9) 続柄 ※	(セ) 被扶養者の職業	(ソ) 被扶養者の収入	(10) 被扶養者になった日 年 月 日	(11) 被扶養者でなくなった日 年 月 日	(7) 認定・削除された理由	(7) 被扶養者の同居・別居の別	(7) 備考		

上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。

平成 年 月 日提出

事業所所在地	
事業所名称	
電 話	( )

健康保険組合 確認印

伊藤忠連合健康保険組合

資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)

国民年金第3号被保険者

資格喪失・死亡

届

氏名・生年月日・性別変更(訂正)

被扶養配偶者非該当

所長	次長	課長	係長	係員

3号被保険者の配偶者欄	(9) (26) 配偶者の氏名		(7) (24) 配偶者の生年月日				3号該当・非該当 ★変更内容(非該当(変更)の場合) 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
	(氏)	(名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年	月	日	
(6) (23) 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		共済番号表示	(3) (7) 郵便番号		(4) (8) 配偶者の住所		備考
※		※住所コード	(フリガナ)		電話 ( )		

3号被保険者欄	(1) 基礎年金番号又は手帳記号番号		(2) 生年月日(訂正後)		(3) 手帳記号番号		★資格取得・種別変更・種別確認の理由			(4) ★資格喪失の理由					
			明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7				7. 配偶者が被用者年金制度に加入 4. 配偶者の所属する年金制度の変更 a. 厚生年金保険⇒共済組合 b. 共済組合⇒厚生年金保険 c. 共済組合⇒共済組合 9. 婚姻 エ. 本人の離職(2号喪失) オ. 本人の所得減少 カ. その他( )			死亡 その他					
	(5) 被保険者の氏名		(6) 生年月日(訂正前)		(7) 性別		(8) 資格取得(種別変更・種別確認)年月日		(9) 死亡等年月日		配偶者との同居・別居の別				
	(氏)		(名)		明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7		男 1 女 2		年 月 日		年 月 日				
	(フリガナ)						年 月 日		年 月 日						
(10) 郵便番号		(11) 被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入)		(12) 氏名変更(訂正)年月日		(13) 外国人区分		(14) 被保険者通称名		(15) 種別		(16) 強制付番指定		(17) 年金手帳作成	
※住所コード		(フリガナ)		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)		※		★			
※(18) 訂正後取得年月日・種別															
年 月 日		★		★											
		1. 第1号 第3号		1. 年金手帳返付済											
		2. 任意 (注)													

事業主等受付印	※ 社会保険事務所	
	受付印	被扶養者認定
		認定年月日

配偶者が基礎年金番号を持っていない場合のみ加入年金制度の記号番号等を記入してください。

配偶者加入	(1) 日本私立学校振興共済事業団	(6) (23) 加入者番号	(1) (2) 以外の共済組合	(6) (23) 組合(保険者)番号
	(2) 農林漁業団体職員共済組合	(6) 組合員番号		

上記のとおり被保険者から3号関係の届出がありましたので提出します。

○ 届書記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者のものに相違ないことを確認する。

平成 年 月 日提出

事業所所在地 〒

(事業主) 事業所名称

事業主氏名 印

電話 ( )

上記のとおり被保険者から3号関係の届出がありましたので提出します。

○ 届書記載の被保険者は、健康保険に加入している者の被扶養者であることを確認する。

認定年月日は、(8) 資格取得年月日と同じ。

平成 年 月 日確認

〒 103-8427

(医療保険者) 所在地 東京都中央区日本橋本町4-15-9

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 印

電話 03 ( 3662 ) 9951

この届書記載のとおり届出します。

社会保険事務所長 殿

平成 年 月 日提出

(届出人) 住所 〒

氏名 印

電話 ( )