

様式コード  
2 2 0 2

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



年 月 日

事業主記入欄	事業所整理記号	〒		任意継続(退職後の方専用用紙) 在職中の方はこの用紙は使用しないでください	受付印
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名				
電話番	( )				
事業主確認欄	事業が確認した場合に、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。			事業主等受付年月日 令和 年 月 日	

A. 被保険者	① 保険証の記号番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日(和暦)	④ 性別	1.男 2.女	
	⑥ 取得年月日	⑦ 収入(年収)	⑧ 住所	⑤ 個人番号(基礎年金番号)		

B. 第3号被保険者である被扶養者欄	① 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日(和暦)	③ 性別(続柄)	1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)
	⑦ 住所	⑧ 電話番号	⑨ 職業	⑩ 収入(年収)
	⑪ 理由	⑫ 理由	⑬ 備考	⑭ 種別 31
	⑮ 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		配偶者の収入(年収)	

C. その他の被扶養者欄1	① 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	③ 性別	④ 続柄	1.実子・養子 6.兄弟 2.1以外の子 7.祖父母 3.父母・養父母 8.曾祖父母 4.養父母 9.孫 5.弟妹 10.その他
	⑦ 被扶養者になった日	⑧ 職業	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減
	⑪ 被扶養者でなくなった日	⑫ 理由	⑬ 備考		

C. その他の被扶養者欄2	① 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	③ 性別	④ 続柄	1.実子・養子 6.兄弟 2.1以外の子 7.祖父母 3.父母・養父母 8.曾祖父母 4.養父母 9.孫 5.弟妹 10.その他
	⑦ 被扶養者になった日	⑧ 職業	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減
	⑪ 被扶養者でなくなった日	⑫ 理由	⑬ 備考		

C. その他の被扶養者欄3	① 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	② 生年月日	③ 性別	④ 続柄	1.実子・養子 6.兄弟 2.1以外の子 7.祖父母 3.父母・養父母 8.曾祖父母 4.養父母 9.孫 5.弟妹 10.その他
	⑦ 被扶養者になった日	⑧ 職業	⑨ 収入(年収)	⑩ 理由	1.出生 4.同居 2.離職 5.その他 3.収入減
	⑪ 被扶養者でなくなった日	⑫ 理由	⑬ 備考		