

様式コード
2 2 0 2

健康保険 被扶養 () 届
国民年金 第3号被保険者関係届

2021 年 6 月 8 日

事業主記入欄	事業所整理記号	- 1 1 1			受付印
	事業所所在地	子が就職で扶養から外れる 場合の記入例			
	事業所名称				
	事業主氏名				
電話番	()			社会保険労務士記載欄 氏名等	Ⓜ
事業主確認欄	事業が確認した場合に 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。			事業主等受付年月日	平成 年 月 日

A. 被保険者	① 被保険者整理番号	701-1234	② 氏名 (フリガナ) ケンホ タロウ (氏名) 健保 太郎	③ 生年月日	昭和 5 5 1 0 1 0	④ 性別	1.男 2.女
	⑥ 取得年月日		⑦ 収入 (年収)		⑧ 住所	〒 120-8580 東京都杉並区高井戸2-3-4	

B. 第3号被保険者 配偶者である被扶養者欄	① 氏名 (フリガナ) (氏名)		② 生年月日		③ 性別 (続柄)	1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)	
	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	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	1.無職 4.その他 2.パート () 3.年金受給者
⑫ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	平成 年 月 日	⑬ 理由	1.死亡(平成 年 月 日) 2.離婚 4.75歳到達 6.その他 3.就職・収入増加 5.障害認定 ()			⑭ 備考	収入(年収) 0 円 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)		円			

C その他の被扶養者欄1	① 氏名 (フリガナ) ケンホ サキコ (氏名) 健保 咲子	② 生年月日	平成 02 年 01 月 11 日	③ 性別	1.男 2.女	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	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()			⑨ 収入(年収)
⑩ 被扶養者でなくなった日	平成 31 年 月 日	⑪ 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()			⑫ 備考	

C その他の被扶養者欄2	① 氏名	「オリックスグループ健康保険組合の保険証(扶養から外れる方分)」と「新しい就職先の保険証コピー」を一緒に提出してください。					
	⑦ 被扶養者になった日		⑧ 職業	2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()			⑨ 収入(年収)
⑩ 被扶養者でなくなった日		⑪ 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()			⑫ 備考	

C その他の被扶養者欄3	① 氏名 (フリガナ) (氏名) (名)	② 生年月日		③ 性別	1.男 2.女	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	1.無職 4.小・中学生以下 2.パート 5.高・大学生(年生) 3.年金受給者 6.その他()			⑨ 収入(年収)
⑩ 被扶養者でなくなった日		⑪ 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()			⑫ 備考	