

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



2021年6月8日

事業主記入欄	事業所整理記号		-		
	事業所所在地	配偶者が就職で扶養から外れる場合の記入例			
	事業所名称	任意			
	事業主氏名				
電話番号	()				
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 令和 年 6 月 日	
		社会保険労務士記載欄		受付印	
		氏名等			
		Ⓢ			

A. 被保険者	① 保険証の記号番号	701-1234	② 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		
	⑤ 個人番号(基礎年金番号)							

B. 第3号被保険者 配偶者である被扶養者欄	① 氏名	健保 花子	② 生年月日	昭和 5 6 0 3 2 6	③ 性別(続柄)	1.夫 2.妻 3.夫(未届) 4.妻(未届)
	⑦ 住所	〒 120-8580 東京都杉並区高井戸2-3-4	⑧ 電話番号	1.自宇 2.携帯 3.勤務先 4.その他 03 (3987) 4321		
	⑨ 被扶養者(第3号被保険者)になった日		⑩ 理由	1.配偶者の就職 2.婚姻 3.退職 4.収入減少 5.その他		
	⑪ 職業		⑫ 収入(年収)	0 円		
	⑬ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	平成 31 1 1	⑭ 理由	1.死亡 2.離婚 3.就職・収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他		
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		② 生年月日		③ 性別	1.男 2.女	④	1.実子・養子 2.1以外の子 3.父母・養父母	6.兄弟 7.祖父母 8.曾祖父母
	「扶養から外れる方のオリックスグループ健康保険組合の保険証」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。								
	⑪ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	平成 7	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他		

C. その他の被扶養者欄2	① 氏名		② 生年月日		③ 性別	1.男 2.女	④	1.実子・養子 2.1以外の子 3.父母・養父母	6.兄弟 7.祖父母 8.曾祖父母
	⑦ 被扶養者(第3号被保険者)になった日	平成 7	年	月	日	⑧ 職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他		
	⑪ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	平成 7	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他		

C. その他の被扶養者欄3	① 氏名		② 生年月日		③ 性別	1.男 2.女	④	1.実子・養子 2.1以外の子 3.父母・養父母	6.兄弟 7.祖父母 8.曾祖父母
	⑦ 被扶養者(第3号被保険者)になった日	平成 7	年	月	日	⑧ 職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.小・中学生以下 5.高・大学生(年生) 6.その他		
	⑪ 被扶養者(第3号被保険者)でなくなった日	平成 7	年	月	日	⑫ 理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達 5.障害認定 6.その他		

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	子が就職で扶養から外れる 場合の記入例	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 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) ケンボ 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 2.婚姻 3.離職 ()	4.収入減少 5.その他 ()	⑪ 職業
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 3.就職・収入増加 ()	4.75歳到達 5.障害認定 () 6.その他 ()	⑭ 備考	⑮ 収入 (年収) 0 円
⑯ 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) ケンボ 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 2.1以外の子 3.父母・養父母 4.養父母 5.弟妹 6.兄弟 7.祖父母 8.曾祖父母 9.孫 10.その他
	⑦ 被扶養者になった日		⑧ 職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 ()	⑨ 収入 (年収)	⑩ 理由	1.出生 2.離婚 3.収入減 ()
	⑪ 被扶養者でなくなった日	平成 31 年 月 日	⑫ 理由	1.死亡 2.就職 () 3.収入増加 4.75歳到達 () 5.障害認定 6.その他 ()	⑬ 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 3.年金受給者 ()	⑨ 収入 (年収)	⑩ 理由	2.離職 3.収入減 () 5.その他 ()
	⑪ 被扶養者でなくなった日		⑫ 理由	1.死亡 2.就職 () 3.収入増加 4.75歳到達 () 5.障害認定 6.その他 ()	⑬ 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 2.1以外の子 3.父母・養父母 4.養父母 5.弟妹 6.兄弟 7.祖父母 8.曾祖父母 9.孫 10.その他
	⑦ 被扶養者になった日		⑧ 職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 ()	⑨ 収入 (年収)	⑩ 理由	1.出生 2.離婚 3.収入減 () 4.同居 5.その他 ()
	⑪ 被扶養者でなくなった日		⑫ 理由	1.死亡 2.就職 () 3.収入増加 4.75歳到達 () 5.障害認定 6.その他 ()	⑬ 備考		