【第一生命従業員（ｷｬﾘｱﾌﾟﾛｰﾃｰｼｮﾝ者含む）】ＤＮ総務事務センター経由 ・【第一生命以外グループ会社従業員】各社総務経由

被扶養者除外申請書

第一生命健康保険組合 御中

記入日　令和　年　月　日	
所属またはグループ会社名（任意継続者は記入不要）	
部・支社 会社	課 営業オフィス

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

被保険者欄	健康保険の資格情報	被保険者氏名	
	記号　番号	（氏）	（名）

◆下記書類を添付してください　※配偶者を除外する場合は、下記注意事項を必ずご確認ください

① 交付されている方のみ除外する対象者全員分の返却が必要
- 「健康保険証」（除外日が令和7年12月1日までの方）　⇒ □ 添付した
- 「資格確認書」（有効期限内のもの）　⇒ □ 添付した
- 「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」　⇒ □ 添付した

② ①に該当し、返却が必要な証等を紛失した方は「健康保険資格確認書等発行申請（滅失）」　⇒ □ 添付した

③ 後期高齢者該当の方は、後期高齢者医療制度の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し　⇒ □ 添付した

被扶養者欄	氏名		続柄	生年月日・年齢	除外日	除外理由	センター使用欄
	（氏）	（名）		昭和・平成・令和　年　月　日　歳	令和　年　月　日 ※他の健康保険に加入する日を記入 （例）4月1日就職→除外日は4月1日	就職　扶養異動　収入増　死亡　その他（　） 後期高齢者該当　**※被扶養者の住民票住所を必ずご記入ください** （〒　－　）	□ 資格確認書等 □ 滅失届 □ ３号届 □ 後期高齢者

被扶養者欄	氏名		続柄	生年月日・年齢	除外日	除外理由	センター使用欄
	（氏）	（名）		昭和・平成・令和　年　月　日　歳	令和　年　月　日 ※他の健康保険に加入する日を記入 （例）4月1日就職→除外日は4月1日	就職　扶養異動　収入増　死亡　その他（　） 後期高齢者該当　**※被扶養者の住民票住所を必ずご記入ください** （〒　－　）	□ 資格確認書等 □ 滅失届 □ ３号届 □ 後期高齢者

被扶養者欄	氏名		続柄	生年月日・年齢	除外日	除外理由	センター使用欄
	（氏）	（名）		昭和・平成・令和　年　月　日　歳	令和　年　月　日 ※他の健康保険に加入する日を記入 （例）4月1日就職→除外日は4月1日	就職　扶養異動　収入増　死亡　その他（　） 後期高齢者該当　**※被扶養者の住民票住所を必ずご記入ください** （〒　－　）	□ 資格確認書等 □ 滅失届 □ ３号届 □ 後期高齢者

注意事項（必ずご確認ください）

【配偶者を被扶養者から除外する場合】
1．**第３号被保険者関係届**を添付してください　（20歳未満、60歳以上の方、任意継続者は提出不要）
2．被扶養者の子がいる場合、以下のいずれかを提出してください
- 配偶者の収入が、被保険者の収入を上回る場合（被扶養者として継続加入不可）→**子の被扶養者除外申請書**
- 配偶者の収入が、被保険者の収入を下回る場合→**配偶者の収入がわかる書類**（給与明細書・雇用契約書の写し等）

【その他】
1．死亡による除外の場合は、家族埋葬料請求書を添付してください
2．除外日以降に第一生命健康保険組合のマイナ保険証等を使用し医療機関等を受診した場合は、必ず医療機関窓口にて資格を喪失した旨を申し出てください

健保組合処理欄	
証回収年月日	入力年月日

R6.12

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

提出者情報

事業所所在地	届出記入の個人番号（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

日本年金機構

社会保険労務士記載欄

氏名等

A.（第2号被保険者）配偶者欄

① 氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 従業員本人氏名		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日
			③ 性別	1.男性 2.女性
			④ 基礎年金番号	
⑤ 住所	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 〒　　－ 都道府県			

届出内容に応じて、該当・非該当（変更）のいずれかを〇で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄

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 （ﾌﾘｶﾞﾅ） （氏名） 従業員の配偶者氏名 ※届書の提出は配偶者（第2号被保険者）に委任します ☑		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和　年　月　日
			③ 性別（続柄）	1.夫 3.夫（未届） 2.妻 4.妻（未届）
			④ 基礎年金番号	
			⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名（ﾌﾘｶﾞﾅ）
⑦ 住所	1. 同居 ・ 2. 別居 〒　　－ ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。 ※海外居住者は国内協力者住所を記入してください。なお、協力者が親族の場合は協力者氏名及び続柄を⑭備考に記入してください。			⑧ 電話番号　1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他（　　）
該当	⑨ 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 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他（　　）
	⑪ 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・船員保険		⑭ 備考
非該当（変更）	⑫ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和　年　月　日	⑬ 理由	1. 死亡（令和　年　月　日） 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他（　　）
右の⑮～⑱の欄は、海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを〇で囲み、記入してください。	1.海外特例要件該当	⑮ 海外特例要件に該当した日	9. 令和　年　月　日	⑯ 理由　1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4. 海外婚姻 5. その他（　　）
	2.海外特例要件非該当	⑰ 海外特例要件に非該当となった日	9. 令和　年　月　日	⑱ 理由　1.国内転入（令和　年　月　日） 2.その他（　　）

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

医療保険者記入

組合（保険者）番号	06130660

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。

届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済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、記載の必要はありません）

所在地　〒 135 － 8120
東京都江東区豊洲3－2－3

名称　第一生命健康保険組合

代表者等氏名

電話　050 （ 3780 ） 1239

個人番号8桁	