

健康保険被扶養者届

第一生命健康保険組合 御中

私は、被扶養者欄に記載の対象者について、主として生計を維持しているため、被扶養者の申請をいたします。申請にあたり、被扶養者届および扶養理由書に記載した事項は、事実と相違ありません。

なお、認定後、申請内容に偽りが判明したときは、すでに受けた保険給付等について全額をすみやかに弁済することを誓約いたします。また、貴組合からの扶養状況の実態調査依頼等に関しては誠実に対応し、扶養の事実がなくなった場合には、直ちに被扶養者の除外申請を行います。

被保険者（本人）署名

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	

被保険者欄	健康保険被保険者証										被保険者（本人）氏名				資格取得年月日					
	記号							番号				昭和		年		月		日		
	生年月日	昭和		年		月		日	日中連絡がとれる電話番号	-	-	収入(月額)	(※)医療助成	有	無	手続中	ひとり親	乳幼児・子供	障がい者	その他()

★下段にある注意事項を必ず参照の上書類の提出をお願いいたします。

★認定年月日は、書類の受付日から1か月以内の場合に限り、扶養理由書に記載の事由発生日と同日とします。1か月を超えた場合は書類受付日となります。

被扶養者欄	氏名		生年月日・年齢				性別	続柄	学年または職業	収入(月額)						
	(ふりがな)	(名)	昭和		年		月		日		男					万円
			平成								女					
①	住所	住民票登録住所				(※)医療助成の有・無と有・手続中の場合その助成内容										
	同居	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）の住民票登録住所と同じ				有	手続中	ひとり親	乳幼児・子供	障がい者	助成を受けている市区町村名()					
	別居	<input type="checkbox"/> 上記以外 (注)海外居住の場合 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の海外居住時の要件を確認いただき、該当する番号を左の備考欄に記載してください。				無		その他()	助成を受けている市区町村名()							
健康処理欄		令和		年		月		日	理由コード	認定印	承認印					

被扶養者欄	氏名		生年月日・年齢				性別	続柄	学年または職業	収入(月額)						
	(ふりがな)	(名)	昭和		年		月		日		男					万円
			平成								女					
②	住所	住民票登録住所				(※)医療助成の有・無と有・手続中の場合その助成内容										
	同居	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）の住民票登録住所と同じ				有	手続中	ひとり親	乳幼児・子供	障がい者	助成を受けている市区町村名()					
	別居	<input type="checkbox"/> 上記以外 (注)海外居住の場合 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の海外居住時の要件を確認いただき、該当する番号を左の備考欄に記載してください。				無		その他()	助成を受けている市区町村名()							
健康処理欄		令和		年		月		日	理由コード	認定印	承認印					

被扶養者欄	氏名		生年月日・年齢				性別	続柄	学年または職業	収入(月額)						
	(ふりがな)	(名)	昭和		年		月		日		男					万円
			平成								女					
③	住所	住民票登録住所				(※)医療助成の有・無と有・手続中の場合その助成内容										
	同居	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）の住民票登録住所と同じ				有	手続中	ひとり親	乳幼児・子供	障がい者	助成を受けている市区町村名()					
	別居	<input type="checkbox"/> 上記以外 (注)海外居住の場合 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の海外居住時の要件を確認いただき、該当する番号を左の備考欄に記載してください。				無		その他()	助成を受けている市区町村名()							
健康処理欄		令和		年		月		日	理由コード	認定印	承認印					

注意事項

- 配偶者（20歳以上60歳未満）の申請の場合、「国民年金第3号被保険者関係届」を併せて提出してください。（任意継続被保険者は不要）
- 新規に資格取得された方は**10日以内**にご提出ください。新生児、婚姻、養子縁組は発生した日から**14日以内**、左記以外は**5日以内**にご提出ください。
- 添付する**住民票の「マイナンバー」は必ず「表示なし」**で取り付けてください。万一、表示がある場合は、ご本人様にて見えないように必ず「**マスキング**」をしてからご提出ください。戸籍謄本・住民票に記載されている、「**本籍住所**」は、ご本人様にて見えないように必ず「**マスキング**」をしてからご提出ください。
- 添付の住民票はマイナンバーを住基ネットより取得する場合に使用させていただきます。
(※)医療助成とは、病院にかかったとき市区町村の助成によって自己負担が軽減される制度です。ご記入いただいた医療助成情報は、保険給付があった場合にのみ使用させていただきます。また、助成内容について、被保険者、医療機関、市区町村等へ照会する場合があります。

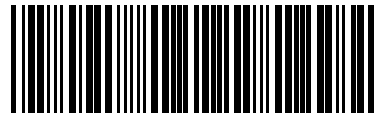
事業所所在地	上記のとおり相違ないことを証明いたします。
事業所名称 事業主名	
電話番号	

健康保険組合処理欄	
送付年月日	入力年月日

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	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。	日本年金機構
	事業所所在地 〒 -	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号 ()	社会保険労務士記載欄	
事業主等受付年月日 令和 年 月 日	氏名等	

A. (第2号被保険者)	① 氏名 (フリガナ) 従業員本人氏名	② 生年月日 5. 昭和 年 月 日 6. 平成 年 月 日 7. 令和 年 月 日 ③ 性別 1. 男性 2. 女性
	④ 基礎年金番号	
⑤ 住所 〒 - 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○で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄	① 氏名 令和 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名) 従業員の配偶者氏名	② 生年月日 5. 昭和 年 月 日 6. 平成 年 月 日 7. 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 (フリガナ)
	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 ()	⑨ 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他
	⑩ 該当 第3号被保険者になった日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日 理由 1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()	⑭ 備考	
	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		
⑫ 非該当(変更) 第3号被保険者でなくなった日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日 理由 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()			
⑬ 右の⑮~⑰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○で囲み、記入してください。	⑮ 1. 海外特例要件該当 海外特例要件に該当した日 9. 令和 年 月 日 理由 1. 留学 4. 海外婚姻 2. 同行家族 5. その他() 3. 特定活動	⑯ 2. 海外特例要件非該当 海外特例要件に非該当となった日 9. 令和 年 月 日 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 (「⑩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	

「健康保険被扶養者届」の記入および提出の注意事項
 被扶養者として認定する場合、認定要件を満たしていることを確認するため、必ず**添付書類**が必要です。
 書類の添付がない場合、および認定要件を満たしていない場合、被扶養者として認定はできません。

被扶養者認定の要件は以下の①～④をすべて満たす必要があります

- ① 75歳未満の三親等内の親族（被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び兄弟姉妹以外の三親等内の親族である場合は、被保険者と同一世帯に属する必要あり）
- ② 年収130万円未満（60歳以上または厚生年金保険法による障害年金の受給要件に該当する程度の障がい者である場合は年収180万円未満）
- ③ 主として被保険者の収入によって生活している。具体的には、被扶養者の収入が被保険者の収入の2分の1未満であること。（別居の場合は被扶養者の収入が被保険者からの仕送り額より少ないこと）
- ④ 日本国内に住民票がある

【被扶養者届の添付書類の確認方法】

<p>① 第一生命健康保険組合のホームページより確認する場合</p> <p>【第一生命健康保険組合】でWEB検索</p> <p>「申請書一覧」から「提出書類チェックシート兼送付状」にてご確認ください</p>	<p>② MATESより確認する場合（第一生命従業員のみ）</p> <p>【MATES-健康保険組合-被扶養者-健康保険被扶養者届】よりご確認ください</p> <div style="text-align: center;">  ⇒  </div>
--	---

対象者の**住民票が国内にない場合は認定できませんが、以下の要件に当てはまる場合には国内に生活の基礎があると判断します。**
 以下いずれかの要件に該当する場合は、該当する番号を表面の被扶養者欄の備考に記載し、添付書類を併せて提出ください。

番号	海外居住時の要件	添付書類
①	外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書入学証明書等の写し
②	外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】 家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
③	観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 【具体例】 ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し
④	被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの 【具体例】 ・海外赴任中に生まれた被保険者の子供 ・海外赴任中に現地で結婚した配偶者	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
⑤	①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者 【具体例】 留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等	出生や婚姻等を証明する書類等の写し等

【よくある不備 ①】

- ・住民票の添付もれ
- ・住民票の続柄が「省略」されており確認できない

・住民票を必ず添付してください。
 ・住民票の「続柄」は省略されていないものを取り付けしてください。
 （注意）省略されていた場合は取り直しとなります！

【よくある不備 ②】

- ・被扶養者の収入の分かる書類添付もれ

被扶養者の収入は130万円（60歳以上、障がい者は180万円）未満かつ被保険者の収入の1/2未満が認定条件です。
 この条件を確認するために16歳以上の被扶養者の場合は収入の有無が分かる書類が必ず必要となります。
 ※但し、16歳以上の収入のない学生は在学証明書または学生証写しを取り付けしてください。

【健康保険被扶養者届についての照会先】

第一生命保険株式会社の従業員 （キャリアローテーション者を含む）	DN総務事務センター(名古屋) 外線:050-3780-1090 内線:832-340 受付時間 平日 10:00~15:00(土日・祝日・年末年始を除く) 聴覚・言語障がい者の方はFAX照会依頼書*にて照会願います。 *MATES-健康保険組合-被扶養者-被扶養者届より出力
グループ会社・関係会社の従業員(プロパー社員)	各社社会保険担当
特例退職・任意継続被保険者	第一生命健康保険組合 電話:050-3780-1239 受付時間 平日 10:00~16:00(土日・祝日・年末年始を除く)

【扶養理由書】

※扶養に入れたい対象者(以下「対象者」)ごとに扶養理由書を提出してください

※添付する書類についてはMATESまたは第一生命健康保険組合HPの「提出書類チェックシート兼送付状」にて必ず確認ください

健康保険被保険者証				被保険者(本人)氏名			被扶養者として認定を受けた方の氏名(対象者)		
記号		番号		配偶者の有無	1. 有 2. 無		配偶者の有無	1. 有 2. 無	

(1) 申請の事由と発生日についてお答えください

(下記1~9の該当する項目に○をし、その年月日を記入ください)

1. 被保険者(本人)が第一生命健保に加入した (資格取得日 年 月 日)	5. 対象者が退職した (退職日 年 月 日)
2. 対象者と婚姻した (婚姻日 年 月 日)	6. 対象者が失業給付の受給を終了した (受給終了日 年 月 日)
3. 配偶者と離婚した (離婚日 年 月 日)	7. 退職以外に対象者の就労・収入状況が変化した (事由発生日 年 月 日)
4. 配偶者が退職した (退職日 年 月 日)	8. 対象者の出生 (事由発生日 年 月 日)
	9. その他() (事由発生日 年 月 日)

(2) 対象者が直前加入していた(している)健康保険についてお答えください

(下記1~5いずれかが該当する項目に○、☑をしてください)

1. 他の健康保険 (□本人 □扶養に入っていた(いる))	2. 任意継続保険 (□本人 □扶養に入っていた(いる))
3. 国民健康保険	4. 無保険
	5. その他 ()

(3) 他の扶養義務者(配偶者・両親・兄弟姉妹等)についてお答えください

(該当する項目に☑、記入ください)

被保険者(本人)の配偶者	<input type="checkbox"/> 有 配偶者氏名()年齢()歳 ⇒ 第一生命健保の被扶養者 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居⇒配偶者からの仕送り額(月額 円)※仕送りなしは0円と記入
	<input type="checkbox"/> なし・離婚や死別等 離婚日・死亡日(年 月 日)
<input type="checkbox"/> なし・未婚	
配偶者以外の他の扶養義務者	<input type="checkbox"/> 有 扶養義務者(続柄:) 扶養できない理由()
	<input type="checkbox"/> なし

(4) 被保険者(本人)と対象者が別居の場合はお答えください

(下記の該当する項目に☑をしてください)

1. 別居の理由 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他()	仕送り送金月額 (直近3ヶ月分)	年 月	年 月	年 月
⇒別居の場合は右記へ仕送り送金月額を記入ください ※仕送りは食費、家賃、光熱費、学費等を含みます。 負担している総額を仕送り送金月額としてご記入ください。 ※仕送りをしていない、または仕送りを手渡ししている場合は認定不可		円	円	円

↓対象者が16歳以上の場合は、以下項目もご記入ください

(5) 対象者の現在の収入状況についてお答えください

(下記「収入あり」「収入なし」のいずれかが該当する項目に☑をしてください)

□収入あり (下記1~9の該当するすべての収入に○、☑をし、その金額を記入ください)			
1. 給与収入(パート・アルバイト・内職等含む) ※通勤交通費・賞与なども含む税金控除前の総収入額	約_____円/月	6. 健康保険の傷病手当金	約_____円/月
2. 年金収入 □遺族・□老齢・□障害・□共済・□企業 □恩給・□その他()	約_____円/月	7. 利子・配当収入(株主配当等)	約_____円/月
3. 自家営業収入、農業収入、林業収入、漁業収入	約_____円/月	8. 雑収入(原稿料・印税・講演料等)	約_____円/月
4. 不動産収入(土地、家屋、駐車場等の家賃収入)	約_____円/月	9. その他継続性のある収入 ()	約_____円/月
5. 雇用保険の失業給付 □基本手当月額3,612円(60歳以上5,000円)未満を受給中 ※基本手当月額3,612円(60歳以上5,000円)以上を受給中の場合は、認定不可	約_____円/月	1~9の合計額	約_____円/月

□収入なし (下記1~3いずれかが該当する項目に○、☑をし、記入ください)

1. 働いたことがない ⇒ 学生でも現時点でアルバイト等収入がある場合は上記「収入あり」で回答ください
2. 前回退職(廃業)してから1年以上経過している (退職日(廃業日): 年 月 日)
3. 前回退職(廃業)してから1年未満 ⇒ 下記雇用保険失業給付について該当する項目に☑をしてください
<input type="checkbox"/> 失業給付を受給予定・延長をする ⇒ 但し、基本手当月額が3,612円(60歳以上は月額5,000円)以上の場合、受給開始以降は扶養除外となるため除外申請書を提出してください(※)
<input type="checkbox"/> 失業給付を受給しない ⇒ 受給資格はあるが受給しない、受給資格がない、雇用保険未加入等
<input type="checkbox"/> 受給終了した

(※) 失業給付の基本手当月額3,612円(60歳以上5,000円)以上を受給し、除外申請書を提出しなかった場合は、かかった医療費の返還請求をしますのでご注意ください