

【健康保険扶養の手続きについて】 ※扶養家族がない方は書類の提出は不要です

ご就任にあたり、健康保険加入時にご家族等扶養する方との続柄に応じて、下記の書類が必要となります。いずれも「写（コピー）」で、同封資料の「健康保険被扶養者（異動）届」と共にご用意いただき、期日までにご提出くださいますよう、ご理解、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

（注：公的機関発行の書類については交付日より3カ月以内のものを目安にご用意ください）

【被扶養者の認定に必要な書類】

1. 同居・別居

(1) 被保険者（就任者）と被扶養者（ご家族）が同居している場合

①住民票 ※世帯全員分（続柄あり・マイナンバー記載なし）がまとめて記載されているもの

(2) 被保険者（就任者）と被扶養者（ご家族）が別居している場合

①戸籍謄本 または 戸籍抄本

※被保険者家族全員分（続柄あり・マイナンバー記載なし）1枚

※被扶養者世帯全員分（続柄あり・マイナンバー記載なし）1枚

②3カ月分の仕送り（送金）証明

（カード引き落としや手渡し不可、実際に送金した事実が必要です。通帳のコピー等）

※被扶養者に収入がない場合は、最低6万円以上必須。収入がある場合は、被扶養者の収入以上の額を送金が必要です。

※単身赴任の場合で、被扶養者（子）に収入が無い場合でも、被扶養者（子）と同居の配偶者等がいる場合、同居の配偶者等の収入以上の額を送金する必要があります。

2. 配偶者がいる場合

①配偶者の 源泉徴収票 または 課税（非課税）証明書

※配偶者を被扶養者と「する」／「しない」に係わらず、必ずどちらか1点が必要です

※職員と配偶者の「収入の高額な方」の被扶養者とするため、健康保険組合の判断資料として必要となります

※勤務先が複数ある場合は、全ての勤務先の収入証明が必要となります。

※自営業や不動産収入がある場合は、直近の確定申告書・収支内訳書（白色申告者のみ）が必要となります。

3. 被扶養者との関係

【子ども】（高校生以上のお子様）

①全日制の学校に通っている方 在学証明書

②上記以外の方 源泉徴収票 または 課税（非課税）証明書

【その他のご家族】

①源泉徴収票 または 課税（非課税）証明書

②年金受給中の方は年金受取通知書

- ・その他、続柄や状況によって必要となる書類が変わるため、入職後に上記書類の他に別途書類提出を依頼する場合がございますので、ご了承ください。
- ・被扶養者が雇用保険の失業給付を受給（基本手当日額3,600円以上）する場合は、被扶養者認定されない場合があります。
- ・75歳以上の方は後期高齢者医療制度加入者となるため、いかなる条件下でも被扶養者にはなりません。

【問い合わせ先】 総務人事課 健康保険担当 [TEL:03 \(3862\) 9236](tel:0338629236)（直通）

【健康保険扶養の手続きについて】 ※扶養家族がない方は書類の提出は不要です

ご就任にあたり、健康保険加入時にご家族等扶養する方との続柄に応じて下記の書類が必要となります。いずれも「写(コピー)」で、同封資料の「健康保険被扶養者(異動)届」と共にご用意いただき、期日までにご提出くださいますよう、ご理解、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

(注：公的機関発行の書類については交付日より3カ月以内のものを目安にご用意ください)

【被扶養者の認定に必要な書類】

1. 同居・別居

(1) 被保険者(就任者)と被扶養者(ご家族)が同居している場合

①住民票 ※世帯全員分(続柄あり・マイナンバー記載なし)がまとめて記載されているもの

(2) 被保険者(就任者)と被扶養者(ご家族)が別居している場合

①戸籍謄本 または 戸籍抄本

※被保険者家族全員分(続柄あり・マイナンバー記載なし)1枚

※被扶養者世帯全員分(続柄あり・マイナンバー記載なし)1枚

②3カ月分の仕送り(送金)証明

(カード引き落としや手渡し不可、実際に送金した事実が必要です。通帳のコピー等)

※被扶養者に収入がない場合、最低6万円以上必須。収入がある場合は、被扶養者の収入以上の額の送金が必要です。

※単身赴任の場合で、被扶養者(子)に収入がない場合でも、被扶養者(子)と同居の配偶者等がいる場合、同居の配偶者等の収入以上の額を送金する必要があります。

2. 配偶者がいる場合

①配偶者の 源泉徴収票 または 課税(非課税)証明書

※配偶者を被扶養者と「する」/「しない」に係わらず、必ずどちらか1点が必要です

※職員と配偶者の「収入の高額な方」の被扶養者とするため、健康保険組合の判断資料として必要となります

※勤務先が複数ある場合は、全ての勤務先の収入証明が必要となります。

※自営業や不動産収入がある場合は、直近の確定申告書+収支内訳書が必要となります。

3. 被扶養者との関係

【子ども】(高校生以上のお子様)

①全日制の学校に通っている方 在学証明書

②上記以外の方 源泉徴収票 または 課税(非課税)証明書

【その他のご家族】

①源泉徴収票 または 課税(非課税)証明書

②年金受給中の方は年金受取通知書

- ・その他、続柄や状況によって必要となる書類が変わるため、入職後に上記書類の他に別途書類提出を依頼する場合がございますので、ご了承ください。
- ・被扶養者が雇用保険の失業給付を受給(基本手当日額3,600円以上)する場合は、被扶養者認定されない場合があります。
- ・75歳以上の方は後期高齢者医療制度加入者となるため、いかなる条件下でも被扶養者にはなりません。

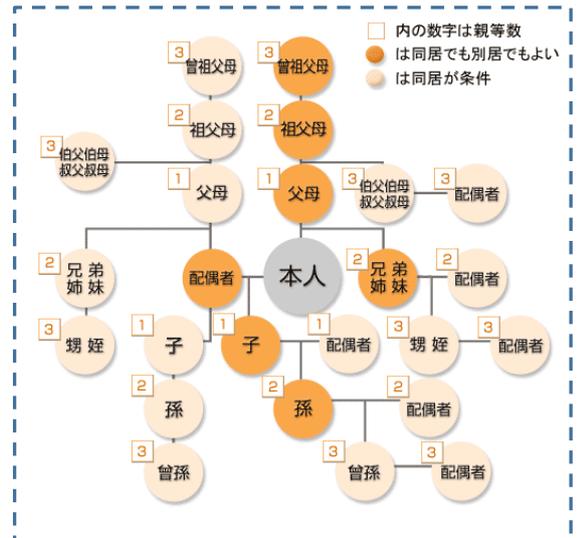
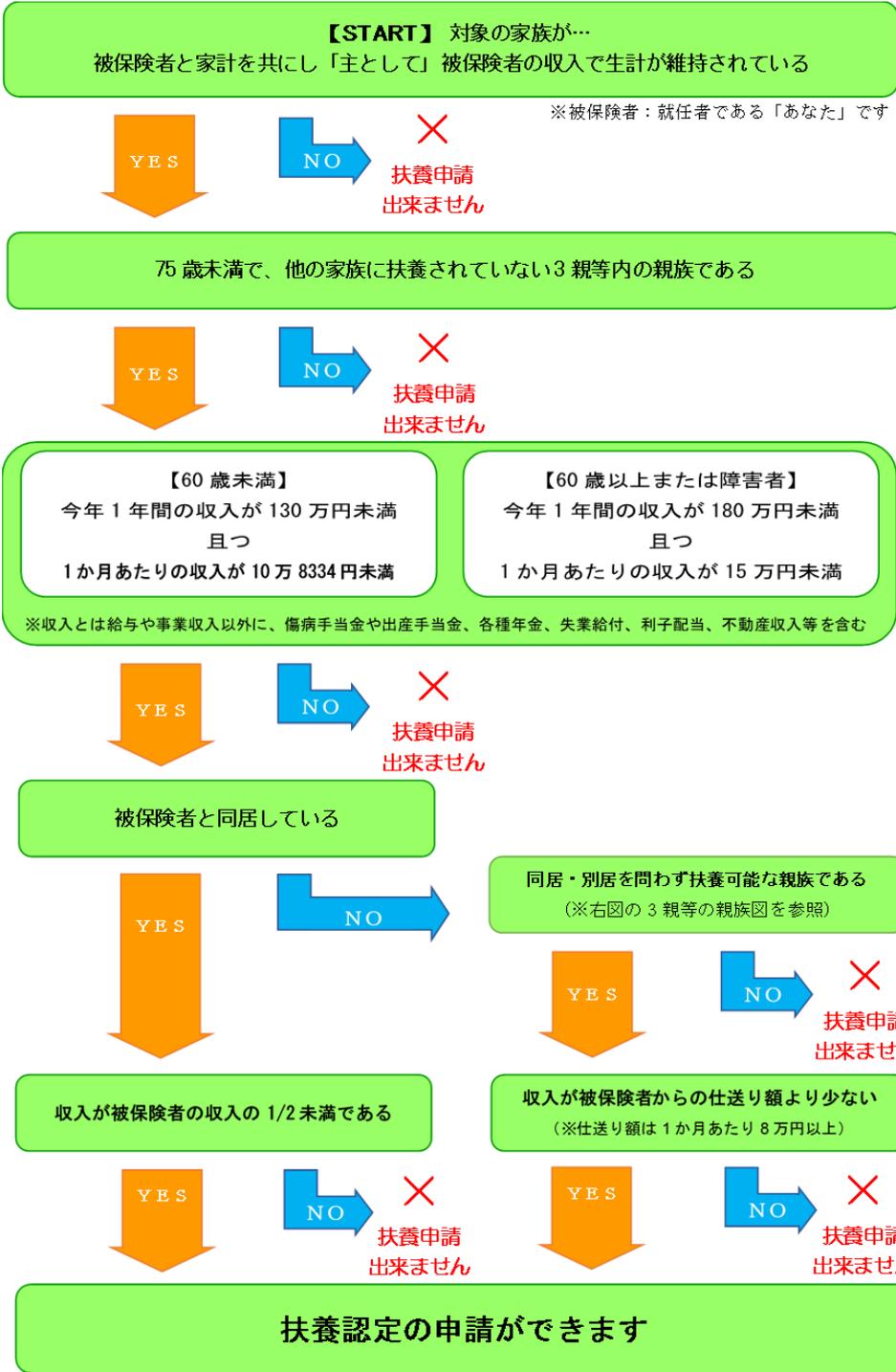
【問い合わせ先】 総務人事課 健康保険担当 [TEL:03 \(3862\) 9236](tel:0338629236) (直通)

【健康保険とは】

病気やけが、またはそれによる休業、出産や死亡といった事態に備えるため、国民全員が加入している公的な医療保険制度の一つに「健康保険」があります。保険証を病院の窓口に提示すると、一部の医療費負担で必要な治療が受けられるようになります。

【健康保険の扶養者とは】

健康保険には扶養という制度があります。「家族を扶養する」とは「あなた（被保険者）の収入でご家族（被扶養者）が生活している」状態を指し、手続きをすると保険証が発行されて被扶養者も被保険者同様の健康保険を使えるようになります。対象となるご家族がいるか、下記にてご確認ください。



扶養認定の申請が可能なお家族がいる場合は、別紙【ご家族等、扶養する人がいる就任者へのご案内】をご一読のうえ、必要資料を揃えて就任日当日にご提出ください。添付資料に不備・不足等があると、揃うまで申請が出来ず保険証の発行が遅れますので、予めご承知おきください。

別紙「フローチャート」で「扶養する家族がいる」と確認できた方は別紙案内の添付資料と届書を一緒に指定期日必着でご提出ください。被保険者(職員)入職後に健保組合に申請、届くまでにお時間要しますので予めご了承ください。

部長	課長	係長	担当者

正

【記入例】

健康保険 被扶養者(異動)届

確認印

令和 未記入 年 未記入 月 未記入 日 提出

提出者(事業所)記入欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

事業所記号 1 5 6 3

【記入例】

※確認欄に、必ずチェックをしてください。

確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

社労士記載欄 氏名等

被保険者

被保険者番号 未記入 氏名 (フリガナ) ミツイ タロウ (氏) 三井 (名) 太郎 生年月日 昭和55年1月1日 性別 1.男 2.女

資格取得年月日 令和7年6月1日 被保険者の標準報酬月額 未記入 千円 被保険者の居所住所電話番号 東京都千代田区〇×町1-2-3 〇×ビル405

備考 > 被保険者本人に配偶者はいますか。 はい ・ いいえ
> 認定する被扶養者に、雇用保険の受給予定はありますか。(雇職による認定の場合) はい ・ いいえ

電話 090 - xxxx - xxxx

被扶養者 1

氏名 (フリガナ) ミツイ ハナコ 続柄 1.配偶者 5.長男・長女 9.養子・養女 2.父母 6.二男・二女 10.兄弟・姉妹 3.祖父母 7.三男・三女 11.孫 4.義父母 8.四男・四女 12.他()

被扶養者生年月日 昭和57年2月22日 性別 1.男 2.女

被扶養者個人番号 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8

同居住所 住民票 東京都千代田区〇×町1-2-3 〇×ビル405 被扶養者の職業 1.主婦(夫) 2.無職 3.パート 4.年金収入 5.乳幼児・小中学生 6.高校生・大学生・専門学生 7.全日制以外の学生 8.他()

別居住所 東京都千代田区〇×町1-2-3 〇×ビル405 被扶養者月平均仕送額 約 12 万円

増減区分 被扶養者になった日 令和7年6月1日 理由 1.本人取得 2.出生 3.離職 4.扶養変更 5.収入減少 6.婚姻 7.雇用保険受給終了 8.他() 資格確認書発行要否 発行が必要

被扶養者でなくなった日 理由 1.※就職(年 月 日) 2.※離婚 3.収入増加 4.※死亡(年 月 日) 5.扶養変更 6.雇用保険受給開始 7.他()

※この欄には記入しないでください 備考

※就職や離婚の場合は当該事実のあった当日になり、死亡の場合は死亡日の翌日が資格削除日となります。

被扶養者 2

氏名 (フリガナ) ミツイ タイチ 続柄 1.配偶者 5.長男・長女 9.養子・養女 2.父母 6.二男・二女 10.兄弟・姉妹 3.祖父母 7.三男・三女 11.孫 4.義父母 8.四男・四女 12.他()

被扶養者生年月日 平成17年7月7日 性別 1.男 2.女

被扶養者個人番号 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

同居住所 住民票 東京都千代田区〇×町1-2-3 〇×ビル405 被扶養者の職業 1.主婦(夫) 2.無職 3.パート 4.年金収入 5.乳幼児・小中学生 6.高校生・大学生・専門学生 7.全日制以外の学生 8.他()

別居住所 神奈川県横浜市△△区×〇町777-1 ×〇ハイツ101 被扶養者月平均仕送額 約 10 万円

増減区分 被扶養者になった日 令和7年6月1日 理由 1.本人取得 2.出生 3.離職 4.扶養変更 5.収入減少 6.婚姻 7.雇用保険受給終了 8.他() 資格確認書発行要否 発行が必要

被扶養者でなくなった日 理由 1.※就職(年 月 日) 2.※離婚 3.収入増加 4.※死亡(年 月 日) 5.扶養変更 6.雇用保険受給開始 7.他()

※この欄には記入しないでください 備考

※就職や離婚の場合は当該事実のあった当日になり、死亡の場合は死亡日の翌日が資格削除日となります。

組合使用欄

マイナ保険証をお持ちの方は発行不要です。
 以下に該当する場合は発行が必要となります。
 ・マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない
 ・マイナンバーカードを作っていない
 ・マイナンバーカードによる資格確認が行えない

有効期限:最長で5年間(健康保険組合ごとに異なる)
 また、有効期間内で資格喪失となった場合は、健康保険組合

注意事項や添付書類について、当組合ホームページを必ずご確認ください。

部長	課長	係長	担当者

正

健康保険 被扶養者(異動)届

確認印

令和 年 月 日提出

届出書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地
社団法人 三井記念病院
理事長 岩 沙 弘 道

03(3862)9111

専記 業 所 号
 1 5 6 3

※確認欄に、必ずチェックをしてください。

確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

氏名等
 社労士記載欄

被保険者番号	氏名 (フリガナ) (氏) (名)	生年月日	性別	1.男 2.女
資格取得年月日	被保険者の標準報酬月額 千円	被保険者の居所住所電話番号	電話 - -	
備考	▶ 被保険者本人に配偶者はいますか。 はい - いいえ ▶ 認定する被扶養者に、雇用保険の受給予定はありますか。(離職による認定の場合) はい - いいえ			

氏名 (フリガナ)	続柄	被扶養者生年月日	性別	1.男 2.女
同居	別居	被扶養者の職業	別居者月平均仕送額 約 万円	被扶養者月平均収入額 約 万円
区分	増・減	理由	資格認定書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
※この欄には記入しないでください 備考				

氏名 (フリガナ)	続柄	被扶養者生年月日	性別	1.男 2.女
同居	別居	被扶養者の職業	別居者月平均仕送額 約 万円	被扶養者月平均収入額 約 万円
区分	増・減	理由	資格認定書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
※この欄には記入しないでください 備考				

組合使用欄

オンライン印

受付印

様式コード			
4	3	0	0



令和 年 月 日提出

【記入例】

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。 〒 - 配偶者を被扶養者とする場合のみ 本紙参照のうえ、届出書を記入・捺 印し、ご提出ください ※子や父母を被扶養者とする場合は提出不要※	日本年金機構
	事業所名称		社会保険労務士記載欄
	事業主氏名		氏名等
電話番号	()		
事業主等 受付年月日	令和 年 月 日		

A 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) ミツイ タロウ 三井 太郎	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	5 0 0 1 0 1	③ 性別	1. 男性 2. 女性
		職員本人の氏名	④ 個人番号 [基礎年金番号]			9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0		
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 101 - XXXX 東京都 千代田区神田 ■□町1-1-1 ■□ビル101						

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	この届書記載のとおり届出します。 令和3年4月1日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名) ミツイ ハナコ 三井 花子	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	5 0 1 0 0 1	③ 性別(婚姻)	1. 夫(未届) 2. 妻(未届) 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)	
	④ 個人番号 [基礎年金番号]		⑤ 外国籍		⑥ 外国人通称名	(フリガナ)			
	⑦ 住所	〒 101 - XXXX 東京都千代田区神田 ■□町1-1-1 ■□ビル101	⑧ 電話番号				1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 080 (8888) 8888		
	⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	0 3 0 4 0 1	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 ()	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 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 ()				
⑮ 海外特例要件該当	1. 海外特例要件該当	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 ()				
⑰ 海外特例要件非該当	2. 海外特例要件非該当	9. 令和	年 月 日	⑰ 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。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	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 (「㉑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	〒 -
	代表者等氏名	(印)
電話	()	

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	届書記入の個人番号（基礎年金番号）に誤りがないことを確認しました。
	事業所所在地 〒 -
	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. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名 (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	7. 平成 年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	⑤ 住所 〒 - 都道府県	個人番号を記入した場合は、住所の記入は不要です。				

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	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 (フリガナ) (氏名)		② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	7. 平成 年 月 日	③ 性別(続柄)	1. 夫 2. 妻 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)
	⑦ 住所	1. 同居・別居 〒 -	⑧ 電話番号	(フリガナ)				
	⑨ 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	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 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	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他 ()			
	⑫ 海外特例要件該当/非該当	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 ()			

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。

医療保険者記入欄	組合（保険者）番号	
	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。	
	届書記載の第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 〒 -	
	名称	
代表者等氏名	(印)	
電話 ()		