

新規

新規認定被扶養者申告書

共済組合受付印

組合員等記号番号	組合員氏名	住所	所属機関名	担当者
地・兵庫		〒	兵庫県立西宮病院	
※	下記のとおり決定します	※		
事務長	事務次長	班長・主幹	班員	担当者

フリガナ氏名	性別	続柄(注)	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	基礎年金番号 ※配偶者のみ記入 昭和・平成・令和 年 月 日	被扶養者の要件を備えた日 (該当する理由に○) 令和 年 月 日	住所 ※別居の場合は 住所を記載 同居・別居・世帯分離 〒	職業・学年 学校の種類 年間収入推計額 万円	扶養手当受給有無(無の理由は該当する番号に○をしてください) ※所属所の給与事務担当者確認欄です	※70歳以上	※事務処理
	男・女		昭和 年 月 日	令和 年 月 日	組合員の資格取得/扶養替え 出生/婚姻/退職/収入減少 雇用保険終了/その他()	〒				確
	男・女		昭和 年 月 日	令和 年 月 日	組合員の資格取得/扶養替え 出生/婚姻/退職/収入減少 雇用保険終了/その他()	〒				確
	男・女		昭和 年 月 日	令和 年 月 日	組合員の資格取得/扶養替え 出生/婚姻/退職/収入減少 雇用保険終了/その他()	〒				確
	男・女		昭和 年 月 日	令和 年 月 日	組合員の資格取得/扶養替え 出生/婚姻/退職/収入減少 雇用保険終了/その他()	〒				確

所属所受付	1 事実発生日の翌日から起算して30日を超えた場合は、届出日以後の日からの認定になること。 2 被扶養者認定申告書に必要な添付書類を添え、添付書類が不足する場合は支部の求めに応じて提出すること。 3 被扶養者がその要件を欠くに至った場合、遅滞なく取消被扶養者申告書を組合に提出すること。 上記1～3について承知し、本申告書のとおり申告します。 地方職員共済組合兵庫支部長 様 令和 年 月 日 申告者氏名	記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所長 兵庫県立西宮病院長
-------	--	---

共済事務担当者氏名	TEL () (内線)	1 3.0万円付加 雇用保険付加 第3号無
(注)医療給付においては、組合員との続柄で個人を特定する必要があるため、「子」等ではなく「長男」「長女」「二男」「二女」等と記入してください。		お知らせ/資格確認書 月 日 渡・送

〔新規認定被扶養者申告書の添付書類〕

添付書類	国民年金第3号被保険者関係係属	転入直前の資格発生証明書もしくは資格確認書(写)又は(注4)	送金に関する申立書及び送金証明書銀行振込の控等	組合員の配偶者・兄弟姉妹が扶養をしていない旨の申立書及び勤労先から扶養手当等が支給されていない証明書	組合員を除く兄弟姉妹が扶養をしていない旨の申立書及び勤労先から扶養手当等が支給されていない証明書	以前加入していた健康保険の資格発生証明書(任意継続注意(注3)) 国民健康保険の場合は資格確認書(写)又は資格情報のお知らせ(写)	◆夫婦双方の所得に関する証明書(原本)	在学証明書(原本)	雇用保険受給記録証(写)	職業1及び2(写)	雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(写)(注2)	◆退職証明書(雇用保険の年表が記載されたもの)	事業収入等	恩給・年金収入	給与収入	市区町村長が発行する所得に関する証明書(原本)	戸籍抄本	世帯全員の住民票(続柄が記載されているもの)	住民票(組合員との続柄がわかるもの)	個人番号記載用紙(被扶養者用)	扶養に関する申立書(注1)
※公的証明書類は、発行より3ヵ月以内のもので提出が必要です	△…婚姻を理由として認定する場合提出(婚姻受理証明書でも可)	△…給与・恩給・年金・事業等、それぞれの収入に該当する書類を提出	△…退職した父母又は子を認定する場合は、「配偶者で申告日前に職歴がある場合」に準じて書類を提出	△…義務教育期間を除く学生の場合提出(定時制及び夜間制、大学院、大学校は除く)	△…扶養替えの際、組合員同士でなければ必要	△…組合員本人の戸籍(父母の記載があるもの)が必要	△…認定年度に1年生になる場合は必要(定時制及び夜間制、大学院、大学校は除く)	△…扶養手当の支給がなく、配偶者が組合員の被扶養者になっていない場合は、夫婦双方の所得に関する証明書の提出により、生計維持者の確認が必要です ※状況によりその他の書類が必要となる場合もあります 子の状況により、配偶者等と同様の書類が必要になる場合もあります (△は該当する場合に必要になります)													
△…婚姻を理由として認定する場合提出(婚姻受理証明書でも可)																					
△…給与・恩給・年金・事業等、それぞれの収入に該当する書類を提出																					
△…退職した父母又は子を認定する場合は、「配偶者で申告日前に職歴がある場合」に準じて書類を提出																					
△…義務教育期間を除く学生の場合提出(定時制及び夜間制、大学院、大学校は除く)																					
△…扶養替えの際、組合員同士でなければ必要																					
△…組合員本人の戸籍(父母の記載があるもの)が必要																					
△…認定年度に1年生になる場合は必要(定時制及び夜間制、大学院、大学校は除く)																					
△…扶養手当の支給がなく、配偶者が組合員の被扶養者になっていない場合は、夫婦双方の所得に関する証明書の提出により、生計維持者の確認が必要です ※状況によりその他の書類が必要となる場合もあります 子の状況により、配偶者等と同様の書類が必要になる場合もあります (△は該当する場合に必要になります)																					
◆「雇用形態証明書」は共済組合の様式です。 ◆「退職証明書」は雇用保険に加入していないことが証明されているものに限り提出。 ※「職歴がない」とは市区町村長の発行する所得に関する証明書に給与収入等の記載がない場合のみを指します。 ◆ひとり親の場合は、そのことが証明できる書類の提出が必要となります。																					

※事実発生日の翌日から起算して30日を超えた場合は、届出日の日の認定になります。
※扶養の実情は、組合員により様々に異なります。上記はあくまで一般的な事例ですので、記載のない確認書類の追加提出をお願いすることがあります。
※不明な点がある場合及び上記以外の者を申告する場合は、事前に、所属所の共済事務担当者へお問い合わせください。

新規認定被扶養者申告書 作成上の注意事項及び記入方

- 直接入力するか、紙に印字してご記入ください。※印欄は記入しないでください。
記入内容を訂正する場合は、誤字の上に二重線を引き、上部に正しい内容を記入してください。

[illegible]

(注)医療給付においては、組合員との続柄で個人を特定するため、「子」等ではなく、「長男」「長女」「二男」「二女」「二子」等を用いる必要がある。

個人番号記載用紙(被扶養者用)

地方職員共済組合兵庫県支部あて

組合員のみなさまへ

被扶養者の方の個人番号は、被扶養者の方のマイナンバーカード等を確認するなどして
個人番号の記入に間違いがないようにお願いします。

なお、マイナンバーカード等の写しを添える必要はありません。

この用紙を、新規認定被扶養者申告書に添付してご提出ください。

令和 年 月 日

所属機関名	兵庫県立西宮病院
組合員等記号番号	地・兵庫
組合員氏名	

1	被扶養者フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
	被扶養者氏名		続柄		
			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	個人番号				
	資格確認書 要否欄	<input type="checkbox"/> 必要(申請理由:) (該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> のうえ、以下から理由を選択してください)			
	住民票上の住所	(マイナンバーカード等を確認のうえ、正確に記載をお願いします)			
2	被扶養者フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
	被扶養者氏名		続柄		
			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	個人番号				
	資格確認書 要否欄	<input type="checkbox"/> 必要(申請理由:) (該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> のうえ、以下から理由を選択してください)			
	住民票上の住所	(マイナンバーカード等を確認のうえ、正確に記載をお願いします)			
3	被扶養者フリガナ		性別	男性 ・ 女性	
	被扶養者氏名		続柄		
			生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	
	個人番号				
	資格確認書 要否欄	<input type="checkbox"/> 必要(申請理由:) (該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> のうえ、以下から理由を選択してください)			
	住民票上の住所	(マイナンバーカード等を確認のうえ、正確に記載をお願いします)			

資格確認書申請理由(※下記理由以外では、発行できません)

1. マイナンバーカードを紛失したため
2. マイナンバーカードの更新手続き中のため
3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
4. 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ため
5. マイナンバーカードを作っていないため
6. マイナンバーカードを返納したため
7. マイナ保険証による受診に第三者(介助者等)のサポートが必要なためマイナンバーカードを返納したため
(例:要配慮者(高齢者・障がい者等)が、施設等にマイナ保険証を預けることができないなど)

扶養に関する申立書（新規認定用）

子（就学前・学生）以外用

地方職員共済組合兵庫県支部長

配偶者・子（就学前・学生以外）：記載例

下記に記載の者については、**氏名欄は必ず自署してください**として認定していただきますようお願いいたします。なお、当該被扶養者が資格要件を満たさなくなる見込となった場合は、その時点で速やかに取消申告を行うことを申し立てるとともに、**以下の取扱いに同意します。**

- ◆ 申立書の内容に相違があった場合には、当該事実発生日に遡り、資格を取り消します。
- ◆ アルバイト・パート等による給与収入や事業収入がある場合、裏面Ⅲの合計欄に記入の額により認定しますが、次回の更新時（1年または2年経過時）において、所得証明書及び給与の支払証明書や確定申告結果として収入年額が認定基準（裏面参照）以上となったときは、当該被扶養者として被扶養者認定を取り消す場合があります。なお、その場合、その間の医療費

氏名欄は必ず自署してください

<提出年月日> 令和 X 年 X 月 X 日

※同意書を兼ねていますので、組合員氏名欄は必ず自署をお願いします。

所属名	〇〇課	組合員番号	99999	組合員氏名	共済 太郎
-----	-----	-------	-------	-------	-------

組合員の同居人の状況（記入日現在）

※申請者（組合員本人）と同居の者のうち、今回申請する被扶養者以外の者全員について記入してください。（今回申請する被扶養者が複数人の場合、この欄は代表でひとり分にだけ記入していただければ結構です。）

氏名	続柄	年齢	収入の有無	年間収入推計額	収入の種類(給与・年金・事業収入等)
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	

◆ 1人1枚を作成してください。

I 扶養親族（被扶養者）について ◆当てはまるものに☑してください。

フリガナ	キョウサイ ハナコ	組合員からみた続柄	妻	就労状況(記入日現在)																				
氏名	共済 花子	※「子」等ではなく、「長男」「二男」等と記入		<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 事業所得者 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> パート・アルバイト																				
申告前の健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ（組合健保・共済組合・任意継続（本人・氏名：共済太郎）の被扶養者） <input type="checkbox"/> 国民健康保険																							
扶養手当の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員本人以外の者が扶養手当又はこれに相当する手当を他の団体等から受けていない (注)受けている場合、認定できません。																							
同居・別居の別	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 ⇒ Ⅱ 扶養親族(被扶養者)の収入状況についてへ進んでください <input type="checkbox"/> 別居 ⇒ 以下(1)(2)を記入し、 Ⅱ 扶養親族(被扶養者)の収入 <input type="checkbox"/> 別居(世帯分離) ⇒ 以下(1)(2)を記入し、 Ⅱ 扶養親族(被扶養者)																							
(1)当該扶養親族(被扶養者)への送金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(万円／年)																								
(2)別居している扶養親族(被扶養者)の同居人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 扶養親族(被扶養者)の同居人の状況も記入してください。																								
<table border="1"> <tr> <th>同居人の氏名</th> <th>組合員からみた続柄</th> <th>収入の有無</th> <th>年間収入推計額</th> <th>収入の種類</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒</td> <td>万円／年</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒</td> <td>万円／年</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒</td> <td>万円／年</td> <td></td> </tr> </table>					同居人の氏名	組合員からみた続柄	収入の有無	年間収入推計額	収入の種類			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年				<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年				<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	
同居人の氏名	組合員からみた続柄	収入の有無	年間収入推計額	収入の種類																				
		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年																					
		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年																					
		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年																					

申告前も被扶養者だった場合は、誰の被扶養者だったか氏名を記載してください

Ⅱ 扶養親族（被扶養者）の収入状況について

◆無職の場合

- ☐ 以前から無職である
- ☐ 就労していた(勤務先名:)が、退職し現在は無職
退職年月日: 年 月 日 ⇒右の欄も記入
- ☐ 事業廃業
廃業年月日: 年 月 日

- ☐ 雇用保険に未加入
- ☐ 雇用保険に加入
扶養の理由: ☐ 失業給付を請求しない又は受給資格なし
☐ 失業給付の給付制限期間中
☐ 失業給付の日額が基準額未満
☐ 失業給付の受給終了
☐ 受給手続中※
☐ 今後手続予定※
 ※基準額(日額 3,612 円。公的年金受給者は 5,000 円)以上受給開始となった場合は、速やかに申告してください。

◆今後12ヶ月間に収入がある場合

Ⅲ 扶養親族（被扶養者）の収入の内訳（裏面）を記入してください。
※所得ではなく、収入（通勤手当等の非課税分を含む）の見込額を記入

ウラ面へつづく

Ⅲ 扶養親族（被扶養者）の収入の内訳

認定基準：「今後 12 ヶ月間の見込」合計欄が次の①～③であること

- ① 130 万円未満（ただし②、③以外の場合）
- ② 収入の全部又は一部が障害を支給事由とする公的年金等の収入である場合は、合計欄が 180 万円未満
- ③ 60 歳以上であり、収入の全部又は一部が公的年金の収入である場合は、合計欄が 180 万円未満

◆該当する全ての収入に○印を付し、金額を記入してください。

区分	↓ 該当する全ての収入に○印を付してください	今後 12 ヶ月間の見込
勤 労	<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入（パート・アルバイト等を含む）があるが、明らかに限度額未満である。	500, 000円
	<input type="checkbox"/> 収入額が限度額未満になるよう調整して就業する。	
	※給与収入がある方は記入してください。 勤務箇所数	
事 業	自営業・農業・林業・漁業収入	円
	不動産収入（売却／土地・建物・駐車場の賃貸収入等）	円
	利子・配当・投資（株式配当金等）収入	円
	原稿料・印税・講演料等	円
各 種 年 金	〔公的年金／非課税扱い〕 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金・恩給等	円
	〔公的年金／課税される年金〕 老齢基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金・恩給等	円
	〔企業年金／課税される年金〕 厚生年金基金（調整年金）の退職金・適格退職年金（税制適格年金）・確定給付企業年金・確定拠出年金	円
	〔個人年金／課税される年金〕 生命保険等の保険型年金・銀行や信託銀行の貯蓄型年金	円
そ の 他	休業補償に関する給付（傷病手当・出産手当・育児休業手当など） ※それぞれの給付金の名称と月額を記入してください。 名称： 月額： 円 名称： 月額： 円	円
	雇用保険の失業等給付	円
	児童手当法に基づく児童手当・児童扶養手当法に基づく児童扶養手当	円
	職員以外からの援助（生計費・養育費等）	円
	その他継続性のある収入 ※具体的に記入してください。 () ()	円
<p style="text-align: center;">合計</p> <p>「新規認定被扶養者申告書」の「年間収入推計額」欄と合致するように記入してください （無収入の場合は、「0」（ゼロ）を記入してください）</p>		500, 000円

合計額を記入してください
(0円の場合でも必ず記入)

※一時的な収入に当たるもの（遺産、不動産売却収入、一時的な株式の売却による株式譲渡益等）は合計額から差し引いて記入し、その旨を下部の＜備考＞欄に記入してください。

その他、扶養親族（被扶養者）の収入状況について、上記の表で記入しきれない場合等は下部の＜備考＞欄に詳しく記入してください。

＜備考＞ ※下記枠内に収まらない場合は、別紙を作成し添付してください。

例：株式等の譲渡収入 1,000,000 円（一括売却して得た収入のため、その後の取引はありません）

（注）保有している株等を全て譲渡した場合は一時的な収入とみなします。ただし、全ての株等を譲渡することが、1年間で複数行われた場合は、一時収入とはみなしません。また、株等を保有し続ける間に譲渡収入が発生し続ける場合は、その取引回数に関係なく被扶養者の収入とみなします。

提出が必要な確認書類（住民票・所得証明書等）については、「新規認定被扶養者申告書」の裏面を参照してください。

扶養に関する申立書（新規認定用）

子（就学前・学生）以外用

地方職員共済組合兵庫県支部長 様

下記に記載の者については、主として私が扶養しますので、共済組合の被扶養者として認定していただきますようお願いいたします。なお、当該被扶養者が資格要件を満たさなくなる見込となった場合は、その時点で速やかに取消申告を行うことを申し立てるとともに、以下の取扱いに同意します。

◆申立書の内容に相違があった場合には、当該事実発生日に遡り、資格を取り消します。

◆アルバイト・パート等による給与収入や事業収入がある場合、裏面Ⅲの合計欄に記入の額により認定しますが、次の更新時（1年または2年経過時）において、所得証明書及び給与の支払証明書や確定申告書（写）により確定額を提出していただき、結果として収入年額が認定基準（裏面参照）以上となったときは、当該被扶養者の雇用年月日または事業の開始日等まで遡及して被扶養者認定を取り消す場合があります。なお、その場合、その間の医療費を返還していただきます。

＜提出年月日＞令和 年 月 日		※同意書を兼ねていますので、組合員氏名欄は必ず自署をお願いします。	
所属名	兵庫県立西宮病院	組合員番号	組合員氏名 自 署

組合員の同居人の状況（記入日現在）

※申請者（組合員本人）と同居の者のうち、今回申請する被扶養者以外の者全員について記入してください。

（今回申請する被扶養者が複数人の場合、この欄は代表でひとり分にだけ記入していただければ結構です。）

氏名	続柄	年齢	収入の有無	年間収入推計額	収入の種類（給与・年金・事業収入等）
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒	万円／年	

◆1人1枚を作成してください。

I 扶養親族（被扶養者）について ◆当てはまるものに☑してください。

フリガナ	氏 名	組合員からみた続柄 ※「子」等ではなく、「長男」「二男」等と記入	就労状況（記入日現在） <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 事業所得者 <input type="checkbox"/> その他（ ）
申告前の健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・組合健保・共済組合・任意継続（本人・（氏名： ）の被扶養者） <input type="checkbox"/> 国民健康保険		
扶養手当の状況	<input type="checkbox"/> 組合員本人以外の者が扶養手当又はこれに相当する手当を他の団体等から受けていない （注）受けている場合、認定できません。		
同居・別居の別	（注）実情として別居である場合のほか、住所が同一で同居していても、住民票上で同一世帯でない場合（世帯分離）は別居扱いになります。		
<input type="checkbox"/> 同居 ⇒ II 扶養親族（被扶養者）の収入状況について へ進んでください。 <input type="checkbox"/> 別居 ⇒ 以下(1)(2)を記入し、II 扶養親族（被扶養者）の収入状況について へ進んでください。 <input type="checkbox"/> 別居（世帯分離） ⇒ 以下(1)(2)を記入し、II 扶養親族（被扶養者）の収入状況について へ進んでください。			
(1) 当該扶養親族（被扶養者）への送金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ 万円／年）			
(2) 別居している扶養親族（被扶養者）の同居人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 扶養親族（被扶養者）の同居人の状況も記入してください。			
同居人の氏名		組合員からみた続柄	収入の有無
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒
			<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒
			万円／年

II 扶養親族（被扶養者）の収入状況について

◆無職の場合

<input type="checkbox"/> 以前から無職である <input type="checkbox"/> 就労していた（勤務先名： ）が、退職し現在は無職 退職年月日： 年 月 日 ⇒ 右の欄も記入 <input type="checkbox"/> 事業廃業 廃業年月日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 雇用保険に未加入 <input type="checkbox"/> 雇用保険に加入 扶養の理由： <input type="checkbox"/> 失業給付を請求しない又は受給資格なし <input type="checkbox"/> 失業給付の給付制限期間中 <input type="checkbox"/> 失業給付の日額が基準額未満 <input type="checkbox"/> 失業給付の受給終了 <input type="checkbox"/> 受給手続中※ <input type="checkbox"/> 今後手続予定（延長含む）※ ※基準額以上受給開始となった場合は、速やかに申告してください。（日額 3,612 円。障害年金受給者または 60 歳以上の被扶養者は 5,000 円）。
---	--

◆今後12ヶ月間に収入がある場合

Ⅲ 扶養親族（被扶養者）の収入の内訳（ウラ面）を記入してください。
※所得ではなく、収入（通勤手当等の非課税分を含む）の見込額を記入

ウラ面へつづく

Ⅲ 扶養親族（被扶養者）の収入の内訳

認定基準：「今後 12 ヶ月間の見込」合計欄が次の①～③であること

① 130 万円未満（ただし②、③以外の場合）

② 収入の全部又は一部が障害を支給事由とする公的年金等の収入である場合は、合計欄が 180 万円未満

③ 60 歳以上である場合は、合計欄が 180 万円未満

◆該当する全ての収入に○印を付し、金額を記入してください。

区分	↓ 該当する全ての収入に○印を付してください	今後 12 ヶ月間の見込
勤 労	<input type="checkbox"/> 給与収入（パート・アルバイト等を含む）があるが、明らかに限度額未満である。	円 か所
	<input type="checkbox"/> 収入額が限度額未満になるよう調整して就業する。	
	※給与収入がある方は記入してください。 勤務箇所数	
事 業	自営業・農業・林業・漁業収入	円
	不動産収入（売却／土地・建物・駐車場の賃貸収入等）	円
	利子・配当・投資（株式配当金等）収入	円
	原稿料・印税・講演料等	円
各 種 年 金	〔公的年金／非課税扱い〕 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金・遺族基礎年金・遺族厚生年金・遺族共済年金・恩給等	円
	〔公的年金／課税される年金〕 老齢基礎年金・老齢厚生年金・退職共済年金・恩給等	円
	〔企業年金／課税される年金〕 厚生年金基金（調整年金）の退職金・適格退職年金（税制適格年金）・確定給付企業年金・確定拠出年金	円
	〔個人年金／課税される年金〕 生命保険等の保険型年金・銀行や信託銀行の貯蓄型年金	円
そ の 他	休業補償に関する給付（傷病手当・出産手当・育児休業手当など） ※それぞれの給付金の名称と月額を記入してください。 名称： 月額： 円 名称： 月額： 円	円
	雇用保険の失業等給付	円
	児童手当法に基づく児童手当・児童扶養手当法に基づく児童扶養手当	円
	職員以外からの援助（生計費・養育費等）	円
	その他継続性のある収入 ※具体的に記入してください。 () ()	円
合 計 「新規認定被扶養者申告書」の「年間収入推計額」欄と合致するように記入してください (無収入の場合は、「0」(ゼロ)を記入してください)		円

※一時的な収入に当たるもの（遺産、不動産売却収入、一時的な株式の売却による株式譲渡益等）は合計額から差し引いて記入し、その旨を下部の＜備考＞欄に記入してください。

その他、扶養親族（被扶養者）の収入状況について、上記の表で記入しきれない場合等は下部の＜備考＞欄に詳しく記入してください。

＜備考＞ ※下記枠内に収まらない場合は、別紙を作成し添付してください。

提出が必要な確認書類（住民票・所得証明書等）については、「新規認定被扶養者申告書」の裏面を参照してください。

扶養に関する申立書（新規認定用）

子（就学前・学生）用

地方職員共済組合兵庫県支部長 様

子(就学前・学生):記載例

下記に記載の者については、主として私が扶養しますので、共済組合の被扶養者として認定していただきますようお願いいたします。

なお、当該被扶養者が資格要件を満たさなくなる見込となった場合は、その時点で速やかに取消申告を行うことを申し立てるとともに、申立書の内容に相違があった場合には、当該事実発生日に遡り、資格が取り消され、その間の医療費を返還することに同意します。

<提出年月日> 令和 X 年 X 月 X 日

※同意書を兼ねていますので、組合員氏名欄は必ず自署をお願いします。

所属名	〇〇課	組合員番号	99999	組合員氏名	共済 太郎
-----	-----	-------	-------	-------	-------

◆1人1枚を作成してください。

氏名欄は必ず自署してください

I 扶養親族（被扶養者）について ◆当てはまるものに☑してください。

フリガナ	キョウサイ イチロウ	組合員からみた続柄		記入日現在の状況
氏 名	共済 一郎	※「子」ではなく、「長男」「二男」等と記入	長男	<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 高専 <input checked="" type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学校（行政機関が設置する教育訓練施設など） <input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 専門学校・各種学校
現在の健康保険	（国民健康保険に加入、任意継続、家族の被扶養者などを記載： 父の被扶養者 ）			
扶養手当の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員本人以外の者が扶養手当又はこれに相当する手当を他の団体等から受けている場合、認定できません。 <input type="checkbox"/> 受けていない			

家族の被扶養者の場合は、被扶養者からみた続柄を記載してください

II 扶養親族（被扶養者）の就学状況について

◆在学中の学校名：（ 〇〇大学 ） ◆入学時期： 令和 X 年 X 月 X 日
 ◆修業年数（ 4年 ）
 ◆現在の学年（ 1年生・回生 ）

※義務教育終了後の場合、以下も記入してください。
 ◆種別： ☒ 全日制、昼間制 ☐ 定時制、通信制、夜間制、その他（ ）

◆今後（記入日以降）12ヶ月間の収入見込

認定基準：「今後12ヶ月間の収入見込」が次の①又は②であること

① 130万円未満（ただし②以外の場合）

② 収入の全部又は一部が障害を支給事由とする公的年金等の収入である場合は、合計が180万円未満

☐ 無収入

☒ アルバイトなどの予定はあるが、認定基準額内（※年間収入推計額 50万円）
 ※記入日現在、既に学生アルバイトなど就労していて年間収入が推計できる場合はその額を記入してください。

☐ その他（年金等収入の種類 年間収入推計額 万円）

提出が必要な確認書類（住民票・所得証明書等）については、「新規認定被扶養者申告書」の裏面を参照してください。

扶養に関する申立書（新規認定用）

子（就学前・学生）用

地方職員共済組合兵庫県支部長 様

下記に記載の者については、主として私が扶養しますので、共済組合の被扶養者として認定していただきますようお願いいたします。

なお、当該被扶養者が資格要件を満たさなくなる見込となった場合は、その時点で速やかに取消申告を行うことを申し立てるとともに、申立書の内容に相違があった場合には、当該事実発生日に遡り、資格が取り消され、その間の医療費を返還することに同意します。

<提出年月日>令和 年 月 日		※同意書を兼ねていますので、組合員氏名欄は必ず自署をお願いします。	
所属名	兵庫県立西宮病院	組合員番号	組合員氏名 自 署

◆1人1枚を作成してください。

I 扶養親族（被扶養者）について ◆当てはまるものに☑してください。

フリガナ		組合員から みた続柄 ※「子」ではなく、「長男」「二男」等と記入	記入日現在の状況
氏 名			<input type="checkbox"/> 就学前 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 高専 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 大学校（行政機関が設置する教育訓練施設など） <input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 専門学校・各種学校
申告前の健康保険	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・組合健保・共済組合・任意継続（本人・（氏名： ）の被扶養者） <input type="checkbox"/> 国民健康保険		
扶養手当の状況	<input type="checkbox"/> 組合員本人以外の者が扶養手当又はこれに相当する手当を他の団体等から受けていない （注）受けている場合、認定できません。		

II 扶養親族（被扶養者）の就学状況について

◆在学中の学校名：（ ）	◆入学時期： 年 月 日
	◆修業年数（ 年）
	◆現在の学年（ 年生・回生）
※義務教育終了後の場合、以下も記入してください。	
◆種別： <input type="checkbox"/> 全日制、昼間制	
<input type="checkbox"/> 定時制、通信制、夜間制、その他（ ）	

◆今後（記入日以降）12ヶ月間の収入見込

認定基準：「今後12ヶ月間の収入見込」が次の①又は②であること

① 130万円未満（ただし②以外の場合）

② 収入の全部又は一部が障害を支給事由とする公的年金等の収入である場合は、合計が180万円未満

<input type="checkbox"/> 無収入
<input type="checkbox"/> アルバイトなどの予定はあるが、認定基準額内（※年間収入推計額 万円） ※記入日現在、既に学生アルバイトなど就労していて年間収入が推計できる場合はその額を記入してください。
<input type="checkbox"/> その他（年金等収入の種類 年間収入推計額 万円）

提出が必要な確認書類（住民票・所得証明書等）については、「新規認定被扶養者申告書」の裏面を参照してください。

認定期限以降も継続して勤務する場合に提出してください
(申告時点で既に退職している場合は提出不要です)

雇用形態証明書(兼契約内容証明書)

被雇用者	氏 名	
	生年月日	年 月 日

1. 雇用(契約)の種類 パート 日々雇用 業務委託 専従者 登録制
その他 ()

2. 雇用(契約)期間

雇用(契約)開始日 年 月 日

当該雇用(契約)形態における雇用(契約)期間

自 年 月 日 ~ 至 年 月 日

(更新の有無 有 ・ 無
更新に伴う雇用(契約)形態の変更 有 ・ 無)

3. 勤務時間 始業 時 分 ~ 終業 時 分

実労働時間 時間 分 ・ 不定期

週労働日数 日 月労働日数 日 ・ 不定期

4. 休 日 定休日 曜日

契約休日 曜日

そ の 他 ()

祝日出勤 有 ・ 無

5. 給 与 基本(月・日・時間)給 (円)

賞与等の支給 有 (円) ・ 無

通勤手当 有 (円) ・ 無

6. 健康保険加入の有無 加 入 ・ 未加入

(加入年月日: 年 月 日)

7. 雇用保険加入の有無 加 入 ・ 未加入

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

雇用主(契約元)住所
名 称

印

支 払 証 明 書

被雇用者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	

地方職員共済組合の被扶養者の申告に使用するため、下記の事項について証明してください。

- 1 雇用（契約）の種類 パート 日々雇用 業務委託 専従者 登録制 その他（ ）
2 雇用（契約）開始年月日 年 月 日
3 給与等支払額

令和 年 月分 ～ 令和 年 月分						
支払月	給与等支払額 A	通勤手当額 B	賞与額 C	給与総支払額 A+B+C	累計	
令和 年 月	円	円	円	円		
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
月	円	円	円	円	円	
合 計	円	円	円	円	円	

- 4 退職年月日 年 月 日
5 健康保険加入の有無 加 入 ・ 未加入 （加入日： 年 月 日）
6 雇用保険加入の有無 加 入 ・ 未加入 ・ 以前は加入していたが現在は未加入

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

雇用主（契約元） 住所
名称

印

【注意事項】

- ・支払月は、その給与等を実際に支払った月です。例えば、8月分給与が翌月払の場合は、支払月は9月として記載してください。
- ・被扶養者の収入は、控除前の総支給金額で判断されます。通勤手当・賞与等も含みます。上記以外に支給した項目がある場合は、余白に記載してください。
- ・記載誤りがある場合は、必ず二重線で見え消しのうえ、訂正印を押印してください。
- ・上記と同様の内容を証明できる場合に限り、独自の様式を作成していただいても差し支えありません。

様式コード			
4	3	0	0

記入例

国民年金

第3号被保険者関係届



令和 3年 4月 1日提出

【該当届】

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。	
事業所所在地	〒 650 - 8567 兵庫県神戸市中央区下山手通×-×-×
事業所名称	兵庫県〇〇部××局△△課
専業主氏名	△△課長 〇〇 〇〇
電話番	〇〇〇-×××-△△△△
事業主受付年月日	令和 3年 4月 1日

組合員

所属所記入(印不要)

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) キョウサイ	タロウ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	× × ×	× × ×	× × ×	× × ×	③ 性別	1. 男性 2. 女性
④ 個人番号 (基礎年金番号)	× × × × × × × × × ×									
⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) ヒョウゲンコウベシチュウオウクシモヤマテ 〒 650 - 8567 都道府県 兵庫県 神戸市中央区下山手通×-×-×									

基礎年金番号の場合は(10桁・左詰め)で記入

届出内容に 被扶養配偶者 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 3年 4月 1日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)	キョウサイ ハナコ 共済 花子	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	× × ×	× × ×	× × ×	× × ×	③ 性別	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
④ 個人番号 (基礎年金番号)	× × × × × × × × × ×									
⑤ 住所	〒 650 - 8567 兵庫県神戸市中央区下山手通×-×-×									
⑥ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ×××(×××)××××									
⑦ 第3号被保険者になった日	7. 平成 9. 令和	× × × × × ×	⑧ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離婚 ()						
⑨ 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 33. 地方公務員等共済組合 34. 日本私立学校振興・共済事業団 35. 厚生年金保険・船員保険 36. 国民年金基金 37. 日本私立学校振興・共済事業団 38. 国民年金基金 39. 国民年金基金 40. 国民年金基金 41. 国民年金基金 42. 国民年金基金 43. 国民年金基金 44. 国民年金基金 45. 国民年金基金 46. 国民年金基金 47. 国民年金基金 48. 国民年金基金 49. 国民年金基金 50. 国民年金基金 51. 国民年金基金 52. 国民年金基金 53. 国民年金基金 54. 国民年金基金 55. 国民年金基金 56. 国民年金基金 57. 国民年金基金 58. 国民年金基金 59. 国民年金基金 60. 国民年金基金 61. 国民年金基金 62. 国民年金基金 63. 国民年金基金 64. 国民年金基金 65. 国民年金基金 66. 国民年金基金 67. 国民年金基金 68. 国民年金基金 69. 国民年金基金 70. 国民年金基金 71. 国民年金基金 72. 国民年金基金 73. 国民年金基金 74. 国民年金基金 75. 国民年金基金 76. 国民年金基金 77. 国民年金基金 78. 国民年金基金 79. 国民年金基金 80. 国民年金基金 81. 国民年金基金 82. 国民年金基金 83. 国民年金基金 84. 国民年金基金 85. 国民年金基金 86. 国民年金基金 87. 国民年金基金 88. 国民年金基金 89. 国民年金基金 90. 国民年金基金 91. 国民年金基金 92. 国民年金基金 93. 国民年金基金 94. 国民年金基金 95. 国民年金基金 96. 国民年金基金 97. 国民年金基金 98. 国民年金基金 99. 国民年金基金 100. 国民年金基金									
⑩ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	× × × × × ×	⑪ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. その他()						
⑫ 右の⑨～⑪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。	1. 海外特例要件該当 2. 海外特例要件非該当 3. 海外特例要件に該当した日 4. 海外特例要件に非該当となった日									
⑬ 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他()	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()									

該当するものに丸

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	32280117
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	〒 650 - 8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号
名称	
代表者等氏名	地方職員共済組合兵庫県支部長
電話	078 (341) 7711

様式コード
4 3 0 0

記入例

国民年金

第3号被保険者関係届



令和 3年 4月 1日提出

【非該当届】

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
	〒 650 - 8567 兵庫県神戸市中央区下山手通×-×-×	所属所記入(印不要)
	事業所所在地	
	事業所名称 兵庫県〇〇部××局△△課	
	事業主氏名 △△課長 ○〇 ○〇	
電話番 〇〇〇-×××-△△△△	組合員	社会保険労務士記載欄 氏名等
受付日	令和 3年 4月 1日	

A 配偶者欄 (第2号被保険者)	① (フリガナ) キョウサイ	タロウ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	× × × × × × × × × ×	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	氏名	共済	太郎	④ 個人番号 (基礎年金番号)	× × × × × × × × × ×		
⑤	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) ヒョウゴケンコウベシチュウオウ						
住所	〒 650 - 8567 都道 兵庫県 神戸市中央区下山手通×-×-×						
被扶養配偶者							

届出内容 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 令和 3年 4月 1日	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	× × × × × × × × × ×	③ 性別	1. 夫(未届) 2. 妻(未届)
	氏名	キョウサイ ハナコ	④ 個人番号 (基礎年金番号)	× × × × × × × × × ×	⑤ 外国	
	住所	〒 650 - 8567 1. 同居 2. 別居 兵庫県神戸市中央区下山手通×-×-×	⑥ 電話 番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ×××(×××)××××		
	⑦ 第3号被保険者 になった日	7. 平成 9. 令和	× × × × × × × × × ×	⑧ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他 6. その他	
	⑨ 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 9. 令和	× × × × × × × × × ×	⑩ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 4. その他	
・ 社保に加入する場合は届出不要						
健康保険・健康保険 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						
⑪ 備考						
⑫ 海外特例 要件該当						
⑬ 海外特例 要件非該当						
⑭ 海外特例 要件非該当						
⑮ 海外特例 要件非該当						
⑯ 海外特例 要件非該当						
⑰ 海外特例 要件非該当						
⑱ 海外特例 要件非該当						
⑲ 海外特例 要件非該当						
⑳ 海外特例 要件非該当						
㉑ 海外特例 要件非該当						
㉒ 海外特例 要件非該当						
㉓ 海外特例 要件非該当						
㉔ 海外特例 要件非該当						
㉕ 海外特例 要件非該当						
㉖ 海外特例 要件非該当						
㉗ 海外特例 要件非該当						
㉘ 海外特例 要件非該当						
㉙ 海外特例 要件非該当						
㉚ 海外特例 要件非該当						
㉛ 海外特例 要件非該当						
㉜ 海外特例 要件非該当						
㉝ 海外特例 要件非該当						
㉞ 海外特例 要件非該当						
㉟ 海外特例 要件非該当						
㊱ 海外特例 要件非該当						
㊲ 海外特例 要件非該当						
㊳ 海外特例 要件非該当						
㊴ 海外特例 要件非該当						
㊵ 海外特例 要件非該当						
㊶ 海外特例 要件非該当						
㊷ 海外特例 要件非該当						
㊸ 海外特例 要件非該当						
㊹ 海外特例 要件非該当						
㊺ 海外特例 要件非該当						
㊻ 海外特例 要件非該当						
㊼ 海外特例 要件非該当						
㊽ 海外特例 要件非該当						
㊾ 海外特例 要件非該当						
㊿ 海外特例 要件非該当						

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	32280117
	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
	所在地	〒 650 - 8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号
	名称	
	代表者 等氏名	地方職員共済組合兵庫県支部長
	電話	078 (341) 7711

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	
	事業主等 受付年月日	令和 年 月 日
	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 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号 (基礎年金番号)						
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) 〒 - 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○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 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	④ 個人番号 (基礎年金番号)			⑤ 外国籍			⑥ (フリガナ) 外国人通称名	
	⑦ 住所	1. 同居 2. 別居	〒 -	⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()			
	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 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()		⑪ 備考	
	⑫ 配偶者の加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団		⑬ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑭ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()
	⑮ 海外特例要件に該当した日	9. 令和	年 月 日	⑯ 理由	1. 留学 4. 海外婚姻 2. 同行家族 5. その他() 3. 特定活動			
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。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	32280117
	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	〒 650 - 8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号
	名称	
代表者等氏名	地方職員共済組合兵庫県支部長	
電話	078 (341) 7711	

この届書は、以下の場合に提出していただくものです。

- ・健康保険組合または共済組合・国民健康保険組合に加入する第2号被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・すでに健康保険・船員保険の被扶養者となっている配偶者が、20歳到達により国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・健康保険の任意継続中のため、配偶者の健康保険被扶養者とならず、国民年金第3号被保険者にのみ該当した場合
- ・国民年金第3号被保険者の収入が基準以上に増加したことによって扶養から外れた場合
- ・配偶者である第2号被保険者と離婚した場合
- ・海外居住の方が海外特例要件に該当または非該当となる場合

- ・この届出では、国民年金第3号被保険者にかかる資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)・資格喪失・死亡の届出、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)の届出、被扶養配偶者非該当、海外特例要件該当・非該当の届出をすることができます。
- ・次の場合は別様式での届出となりますので、ご注意ください。

全国健康保険協会管掌の健康保険の届出を同時に行う場合→『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』

記入方法

＜A. 配偶者欄(第2号被保険者)＞

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されている氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ②生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のように記入してください。
- ④個人番号
[基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
- ⑤住所 : ④「個人番号[基礎年金番号]」欄に個人番号を記入した場合は、住所の記入は不要です。

＜B. 第3号被保険者欄＞ ①～④、⑦は必ず記入してください。また該当の場合は⑨～⑪を、非該当・変更の場合は⑫～⑬を記入してください。

- ①氏名 : 氏名は、住民票に登録されている氏名をご記入ください。
- ③性別(続柄) : 該当する番号を○で囲んでください。内縁関係にある場合は、「3. 夫(未届)」 「4. 妻(未届)」のいずれかを○で囲んでください。
- ④個人番号
[基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
- ⑥外国人通称名 : 郵送物の宛名等について、通称名での登録を希望する場合は住民票に登録された通称名を記入してください。
- ⑦住所 : 配偶者(第2号被保険者)と同居または別居のいずれかを○で囲んだ上で、住民票の住所を記入してください。
- ⑨第3号被保険者になった日 : 第3号被保険者に該当した日を記入してください。20歳到達により第3号被保険者に該当した場合は、20歳になる誕生日の前日を記入してください。
- ⑩第3号被保険者でなくなった日 : 死亡の届出の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった日を記入してください。死亡の届出の場合、①「氏名」欄に第3号被保険者の氏名を記入し、④「備考」欄に届出者(第2号被保険者)の氏名を記入してください。
- ⑫備考 : 第3号被保険者等の氏名・生年月日・性別に変更(訂正)がある場合は、非該当(変更)を○で囲んでください。
- ⑬海外特例要件に該当した日 : 海外居住者が海外特例要件に該当した日を記入してください。
- ⑭海外特例要件に非該当となった日 : 海外居住の第3号被保険者が、海外から転入して引き続き第2号被保険者である配偶者に生計を維持されているときなどには、海外特例要件に該当しなくなったことの届出が必要です。海外から国内に転入したときは転入日(日本に住所を有することになった日)を記入してください。なお、海外居住中に海外特例要件に該当しなくなったときは、⑫「第3号被保険者でなくなった日」欄に記入してください。

例1
④ 備考
海外住所: ○○○○
国内協力者: 国年
一郎(父)

例2
④ 備考
変更前氏名
コノネ サンコ
国年 三子
変更年月日
令和元年6月1日

＜医療保険者記入欄＞

- 認定年月日 : 扶養認定日が⑨「第3号被保険者になった日」と相違する場合のみ記入してください。
- 代表者等氏名 : 代表者等氏名の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

海外居住の第3号被保険者の方へ

海外居住時の海外特例要件に該当する第3号被保険者の方は、海外居住中、[海外特例要件に該当しなくなったとき] [配偶者である第2号被保険者が資格喪失をしたとき] [当該第2号被保険者に生計を維持されなくなったとき] などには、第3号被保険者の資格喪失の届出が必要です(なお、資格喪失後も引き続き海外居住する場合、20歳以上65歳未満の日本国籍を有する方は国民年金に任意加入が可能です)。また、日本に住所を有したときや海外特例要件の事由を変更したときにも届出が必要です。

添付書類

・医療保険者の扶養認定がされていない場合は、以下の添付書類が必要です。

ア. 退職により収入要件を満たす場合	退職証明書または雇用保険被保険者離職票のコピー
イ. 失業給付受給中、または受給終了で収入要件を満たす場合	雇用保険受給資格者証のコピー
ウ. 年金受給中の場合	現在の年金受給額がわかる年金額の改定通知書等のコピー
エ. 自営(農業等含む)による収入、不動産収入等がある場合	直近の確定申告書のコピー
オ. 上記イ～エ以外に他の収入がある場合	イ～エに応じた書類および課税(非課税)証明書
カ. 上記ア～オ以外	課税(非課税)証明書

※「所得税法の規定による控除対象配偶者・扶養親族」で事業主の証明がある方は、原則として添付書類の添付は不要です。(個別のケースによっては、提出をお願いする場合があります。)

※障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等のコピーが別途必要です。

※医療保険者の扶養認定がされていない場合で「海外特例要件」に該当するときは、上記書類にあわせて海外特例要件に該当していることを証する書類の添付が必要です。

・以下の続柄に該当する場合は添付してください。

配偶者と内縁関係にある場合	内縁関係にある両人の戸籍謄(抄)本、被保険者世帯全員の住民票の写し等
---------------	------------------------------------

※提出日からさかのぼって80日以内に発行されたものであること。

個人番号(マイナンバー)により届出する際の本人確認

- ・第3号被保険者が事業主(船舶所有者)・共済組合に届書を出すときは、事業主(船舶所有者)・共済組合において、マイナンバーが本人のものであることの確認と届書の提出を行う者が正当な番号の持ち主であることの確認を行う必要があるため、マイナンバーカード(個人番号カード)を届書に添付してください。なお、郵送で届書を出す場合は、マイナンバーカードの表・裏両面のコピーを添付してください。
- ・配偶者(第2号被保険者)が第3号被保険者の代理人として届書を事業主(船舶所有者)・共済組合に提出するときは、第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面のコピーまたはマイナンバーが確認できる書類のコピー、および代理権の確認ができる委任状を添付してください。
- ※1: マイナンバーカードをお持ちでない方は、以下の①および②の書類を添付してください。
 - ① マイナンバーが確認できる書類: 個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
 - ② 身元(実存)確認書類: 運転免許証、パスポート、在留カードなど
- ※2: 日、第3号被保険者欄①氏名欄の「※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します口」の口を✓を付すことにより、委任状の添付を省略することができます。
- ※事業主(船舶所有者)・共済組合において本人確認を行った後の確認書類は、届書に添付して日本年金機構に提出する必要はありません。