

## 被扶養者の健康保険加入手続き及び扶養申請手続きについて

※健康保険の扶養に入れる方がいない場合は提出の必要はありません。

被扶養者の健康保険加入手続きには以下のものがが必要です。

必要書類をご確認の上、職員課職員係までご提出ください。

【被扶養者申請について】※扶養する方がいる場合のみご提出ください。

扶養親族がいる方は以下の全員提出書類に加え、各条件を確認の上、添付書類ご提出ください。

### 《全員提出書類》

- ・被扶養者申告書（同封書類）
- ・世帯全員の住民票（マイナンバー記載ありのもの）
- ・扶養親族手当届
- ・戸籍謄本

### 《扶養条件・添付書類》

配偶者…年収 130 万円未満、60 歳以上で年収が 180 万円未満

※扶養手当の収入上限は 60 歳以上でも 130 万円未満

#### \*添付書類\*

- ・配偶者の収入証明書（全員提出）  
→直近の源泉徴収票（写）や確定申告書（写）、市区町村が発行する最新の[非]課税証明書 等  
※収入がない場合も非課税証明書をご提出ください。
- ・国民年金第 3 号被保険者届[20 歳以上 60 歳未満の配偶者]（同封書類）

子…年収 130 万円未満

### <添付書類>

- ・配偶者の収入証明書

#### I. 18 歳未満の子

学生でもアルバイト等の恒常的な収入がある場合はその収入証明書

#### II. 18 歳以上の子

- ① 学生の場合…在学証明書または学生証コピー

（学生でもアルバイト等の恒常的な収入がある場合はその収入証明書も必須）

- ②学生ではなく就労もしていない場合

- ・その理由を書いた申立書（長期療養の場合は診断書を添付）、・非課税証明書

以上の事項は原則であり、場合によっては追加の書類をお願いする場合がありますのでご了承ください。ご不明な点は以下までお問い合わせください。

職員課職員係

TEL : 03-3588-1111 内線 3750

被 扶 養 者 申 告 書

本部次長
共済専門役
課長代理
係

配偶者
有・無

組合員証番号	組合員氏名	性別	生年月日	職	業	年間所得推計額	住所	扶養親族の認定の有無	給与事務担当者証明印	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定及び理由	判定理由
組記号	組合員氏名	性続柄	生年月日	職	業	年間所得推計額	住所	扶養親族の認定の有無	給与事務担当者証明印	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定及び理由	判定理由
認定(取消)を受ける者の氏名	フリガナ					円			印			
	フリガナ		個人番号			円			印			
	フリガナ		個人番号			円			印			
	フリガナ		個人番号			円			印			
	フリガナ		個人番号			円			印			
	フリガナ		個人番号			円			印			
	フリガナ		個人番号			円			印			
上記のとおり申告します。												
国家公務員共済組合連合会職員共済組合本部長 殿												
住所 氏名												
申告者												
令和 年 月 日												

所属所長
副事務支配人等
主管課長
係

- 1 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得その他の所得の推計額を記入して下さい。
- 2 扶養事実の発生（消滅）の理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
- 3 扶養親族の認定を受けている者について被扶養者の認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出して下さい。なお、その者が所得税法上の扶養親族の認定を受けている者であるときは、扶養親族の認定の有無欄には、㊦と記入して下さい。
- 4 ※印は記入しないで下さい。

みほん

被扶養者申告書

組合員番号	証番号	※記入不要			所属	名	虎の門病院				
組合員氏名	日	虎の門太郎			※認定年月日			年	月	日	
生年月日	昭和60年5月20日										
認定(取消)を受ける者	氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	現住所	扶養親族の認定の有無	給与事務担当者証明	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定及び理由
フリガナ	トラノモン ハナコ	女	妻	S61.6.10	無職	0	円				
	虎の門 花子			個人番号	123456789101		同居				
フリガナ	トラノモン ジロウ	男	子	H31.1.17	大学生	0	円				
	虎の門 次郎			個人番号	123456789102		同居				
フリガナ	トラノモン ハナエ	女	母	R5.5.20	無職	年金収入円 約120万	神奈川県川崎市高津区梶ヶ谷1-3-1				
	虎の門 花枝			個人番号	123456789103						
フリガナ									印		
フリガナ											
フリガナ									印		
フリガナ											
フリガナ									印		
フリガナ											

本部長	
共済専門役	
課長代理	
係	

上記のとおり申告します。

国家公務員共済組合連合会職員共済組合本部長 殿

住所 東京都港区虎ノ門2-2-2

申告者

氏名 虎の門 太郎

令和〇年〇月〇日

配偶者	
有	無

- 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得その他の所得の推計額を記入して下さい。
- 扶養事実の発生（消滅）の理由は、具体的に詳しく書いて下さい。
- 扶養親族の認定を受けている者について被扶養者の認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出して下さい。なお、その者が所得税法上の扶養親族の認定を受けている者であるときは、扶養親族の認定の有無欄には、㊦と記入して下さい。
- ※印は記入しないで下さい。



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。 〒105 - 8470 東京都港区虎ノ門二丁目2番2号		日本年金機構
	事業所名称	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院		
	事業主氏名	院長 門脇 孝		
	電話番号	03 (3588) 1111		
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 (第2号被保険者) 配偶者欄	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和	年	月	日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
			④ 基礎年金番号 (または個人番号)	7. 平成					
	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	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 平成 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (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	年	月	日	③ 性別 (婚姻)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)	
			④ 基礎年金番号 (または個人番号)	7. 平成							
			⑤ 外国籍		⑥ 外国人 通称名	(フリガナ)					
	⑦ 住所	同居 ・ 別居	〒 - ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。		⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ( )					
	⑨ 該当 第3号被保険者 になった日	7. 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 ( )		⑭ 備考		
	⑪ 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									
⑫ 非該当 (変更) 第3号被保険者 でなくなった日	7. 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( )					

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 (「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		
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	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。 〒105 - 8470 東京都港区虎ノ門二丁目2番2号	
	事業所名称	国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	
	事業主氏名	院長 門脇 孝	(所属)
	電話番号	03 (3588) 1111	
	事業主等 受付年月日	令和 年 月 日	

日本年金機構

使用しない欄です。

社会保険労務士記載欄

氏名等

(印)

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) トラノモン	タロウ	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 ③ 性別	1. 男性 2. 女性
		虎の門	太郎	④ 基礎年金番号 (または個人番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 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。(フリガナ) カナガワケンカワサキシタカツタカジガヤ 1-3-1 〒213 - 8587 神奈川県川崎市高津区梶ヶ谷 1-3-1				

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。

基礎年金番号又は個人番号  
(マイナンバー)を記載してください。

B. 第3号被保険者	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 30 年 4 月 1 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) トラノモン ハナコ (氏名) 虎の門 花子 ※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 年 月 日 ③ 性別	1. 夫(未届) 2. 妻(未届) 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)	
	④ 住所	〒213 - 8587 神奈川県川崎市高津区梶ヶ谷 1-3-1 ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。	⑤ 国籍	⑥ 外国人 通称名	⑦ (フリガナ)	⑧ 電話番号 (自宅) 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 03 (3222) 1841	
	⑨ 第3号被保険者 になった日	7. 令和 3 1 0 4 0 1	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 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	⑫ 備考
	⑬ 第3号被保険者 でなくなった日						
	⑭ 第3号被保険者 (変更)						

!! 注意 !!

健康保険証の発行元に

A. 配偶者欄...職員本人について記入

B. 第3号被保険者...職員の配偶者について記入

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	
	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	〒 -	
	名称		
	代表者 等氏名	(印)	
電話	03(3222)1841		

扶養親族手当届  
(喪失する場合も忘れずに届出してください)

虎の門病院院長 殿

年 月 日 提出

職員番号	氏 名	所 属	職 種

認定年月日 (職員課記入欄)		
年	月	日
決裁完了日		
年	月	日

下記の通り届出いたします。

扶養親族の氏名 漢字・フリガナを記入	続柄	性別	重度心 身障害 の有無	生年月日			同居・別居区分 <small>別居の場合は住所を市区町村名まで 記入</small>	職 業	所得金額 (年額)		新規又喪失	届出の理由 <small>婚姻・離婚・出生・死亡・就職・離職などを記入 (例) 2020年〇月〇日に離職したため扶養手当を申請</small>
									種 類 <small>給与・事業・不動産・年金等</small>	金 額		
フリガナ		男・女	有・無	年	月	日	同居・別居 (住所: )				新規・喪失	
フリガナ		男・女	有・無	年	月	日	同居・別居 (住所: )				新規・喪失	
フリガナ		男・女	有・無	年	月	日	同居・別居 (住所: )				新規・喪失	
フリガナ		男・女	有・無	年	月	日	同居・別居 (住所: )				新規・喪失	
フリガナ		男・女	有・無	年	月	日	同居・別居 (住所: )				新規・喪失	
フリガナ		男・女	有・無	年	月	日	同居・別居 (住所: )				新規・喪失	

【注】 ■戸籍謄本を必ず添付してください。ただし、扶養喪失の場合には不要。  
■扶養親族としての資格を喪失しているのにも関わらず届出がされない場合で、後日、届出がされた場合には、資格喪失届出日の翌月以降の給与天引きで返金していただきます。