

被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

下記のとおり被扶養者(異動)についてお届けします。

被扶養者を追加・削除 します。

(該当する方に○を入れてください。)

※ 令和 年 月 日提出

この届書は、被扶養者に異動があったときにその日から五日以内に事業主(会社)を通じて提出してください。

① 被保険者等 記 号 番 号		② 資格取得年月日	③ 標準報酬 月 額	④ 被保険者氏名 ・ 生年月日	
記号	番号	昭和 平成 令和 27 年 4 月 1 日	200 千円	フリガナ ご本人の名前と生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日生	
⑤ 被保険者の住所と 電話番号		〒 () - ご本人の住所と電話番号		⑥ 事業所の 名 称	ご本人の会社名
⑦ 被扶養者の氏名		(カナ) ケンボ ハナコ 健 保 花 子	(カナ) ケンボ ユウコ 健 保 裕 子	(カナ)	(カナ)
⑧ 生年月日	昭和 平成 令和 49 年 5 月 6 日	昭和 平成 令和 10 年 7 月 11 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑨ 性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
⑩ 被保険者との続柄	妻	二女	被扶養者からはずれる時は、対象者の 所を赤のボールペンで記入してください。 続柄は、「妻」・「義母」・「長男」等で記入 ください。		
⑪ 職 業	主婦	会社員			
⑫ 収 入 (1ヶ月)	0 円	180,000 円	円	円	円
⑬ 被扶養者の住所	同上	同上			
⑭ 扶養を はじめた日 しなくなった日	令和 6 年 12 月 1 日	令和 6 年 12 月 1 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
⑮ 扶養を はじめた理由 しなくなった理由	被保険者が取得した為	就職のため	取得の場合:被扶養者の退職 赤ちゃんが産まれた(出生)等		
⑯ 資格確認書 の 交 付	希望する ・ 希望しない	希望する ・ 希望しない	希望する ・ 希望しない	希望する ・ 希望しない	希望する ・ 希望しない

⑯資格確認書の発行が必要な場合は、以下に該当する場合に限りです。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、または返納した者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、または利用登録解除を申請した者、または利用登録解除

※	上記のとおり相違ないことを証明します。
事業主	令和 年 月 日
証明欄	事業所所在地 名称 氏 名

組 合	上記のとおり認定しました。
認定欄	令和 年 月 日 兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長

配偶者状況届

令和6年12月2日

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 御中

会社名 ご主人が勤務する会社名

被保険者氏名 ご主人のお名前

1. 配偶者氏名 申請するご家族のお名前 年齢 年齢 歳

2. 扶養することになった理由

☒ イ. 結婚 ロ. 退職 ハ. その他()

3. 会社の税法上(給与)の扶養家族として届けていますか?

☒ イ. 届けている ロ. 届けていない (理由)

4. 今まで加入していた健康保険の種類

イ. 全国健康保険協会 ロ. 健康保険組合 ☒ ハ. 国民健康保険
ニ. (国家、地方公務員)共済組合 ホ. 親等の健康保険組合の被扶養者
ヘ. なし(理由:)

5. 最終の就職状況

イ. 就職していない

☒ ロ. 勤務先 直近まで在籍していた会社名
就職期間 令和1年 4月 1日 ~ 令和6年 3月 31日

6. 雇用保険(失業保険)の状況

☒ イ. 受給終了 (「支給終了印」のある受給資格者証の裏表の写を添付)
ロ. 受給延長中 (受給延長の写を添付)
ハ. 現在申請中 (職業安定所求職申込年月日のある受給資格者証の裏表の写を添付)
ニ. 現在手続してない (「被保険者離職票-1・離職票-2」の写を添付、理由:)
ホ. 受けない (理由:)
ヘ. 雇用保険なし (理由:)

7. 今現在、パート・アルバイトをしていますか

イ. している 勤務先名: 職種:
1か月当たりの収入 円(直近3か月分の給与明細の写を添付)

☒ ロ. していない

8. 今現在、年金を受給していますか(60歳以上の方のみ)

イ. している 1か月当たりの年金額 円(年金振込通知書又は
年金額改定通知書の写を添付)
ロ. していない

令和〇〇年〇〇月〇〇日

記入日

兵庫トヨタ自動車健康保険組合
理事長 瀧 川 高 章 殿

貴社名 ○○○○○○○○○○○
部署名 ○○○○○
氏 名 ○○○○○ 印

被保険者ご自身の会社名・部署名・氏名と印

遅延理由書

この度、私の 続柄・扶養申請対象者名 の扶養申請において、被扶養者（異動）届提出の際に、
（例：資格喪失証明書・雇用保険受給資格者証） の添付が、（例：前会社の書類作成が遅延）
の理由により遅れることをご了承ください。

尚、書類が届き次第速やかに事業所経由（任意継続の方は直接）で健康保険組合に送付いたしますので、認定処理をお願いいたします。

以上

健康保険組合からのお願い

※書類に関しては、以前に就職していた時の「資格喪失証明書」・「雇用保険受給資格者証」・
「雇用保険被保険者離職票2」等、取り寄せに時間のかかるものに対して遅延理由書を
代わりに添付ください。自ら手続きしてすぐに取り寄せのできる書類に関しては、被扶養
者（異動）届と共に提出ください。

雇用保険受給資格者証

1. 支給番号 28060-13-001234-8 5071-670824-3		2. 氏名 コウ ハナコ	
3. 被保険者番号	4. 性別 女	5. 離職時年齢 32	6. 生年月日 3-550909
7. 休職番号 00720433		8. 住所又は居所	
9. 支払方法(記号(口座)番号 - 金融機関名 - 支店名) 1438087654321 ゆうちょ銀行			
10. 資格取得年月日 150401	11. 離職年月日 250228	12. 離職理由 40	
13. 60歳到達時賃金日額	14. 離職時賃金日額 5,374	15. 給付制限 3ヶ月	
16. 休職申込年月日 250321	17. 認定日 1型-水	18. 受給期間満了年月日 260228	
19. 基本手当日額 4,132	20. 所定給付日数 90	21. 通算被保険者期間 900029	
22. 離職前事業所名 ロウトウジヨウセンターカブシカイシャ 労働市場センター株式会社		23. 再就職手当支給歴	
24. 特殊表示(災害時、一括、巡相、市町村) 0000			

安定所連絡メッセージ1

安定所連絡メッセージ2

管轄公共職業安定所又は 〒657-0833 神戸市灘区大内通

管轄地方運輸局所在地

電話番号

078-861-8811

交付

年 月 日

センター 公共職業安定所長 公共職業安定所長印

折 り 曲 げ 線

注 意 事 項

- この証は、第1面の受給期間満了年月日までは大切に保管してください。もし、この証を紛失したり、損傷したときは、速やかに申し出て再交付を受けてください。なお、この証は、折り曲げ線以外では折り曲げないでください。
- 失業の認定、又は失業等給付を受けようとするときは、この証を失業認定申告書その他関係書類に添えて管轄公共職業安定所又は管轄地方運輸局の長に提出してください。
支給日は、原則として、失業の認定日です。
- あなたが口座振込受給資格者である場合、支給金額欄の金額を、あらかじめ指定された金融機関の預貯金口座に振込む手続を、失業認定日に行いますので、その金融機関から支払を受けてください。この場合、その金融機関から支払を受けることができる日が、基本手当の支給日となります。
- 定められた失業の認定日に来所しないときは、基本手当の支給を受けることができなくなることがあります。
- 失業の認定を受けようとする期間中に就職した日があったとき、又は自己の労働によって収入を得たときは、その旨を必ず届け出てください。
- 偽りその他不正の行為によって失業等給付を受けたり、又は受けようとしたときは、以後失業等給付を受けることができなくなるばかりでなく、不正受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、処罰される場合があります。
- 氏名又は住所若しくは居所を変更したときは、その後最初に来所した失業の認定日に届書を提出してください。
- 第1面に書かれている所定給付日数は、受給期間満了年月日までの間に基本手当(傷病手当)の支給を受けることができる最大限の日数です。
- 失業等給付に関する処分又は上記6の返還若しくは納付を命ずる処分について不服があるときは、その処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に雇用保険審査官に対して審査請求をすることができます。
- 雇用保険について分からないことがあった場合には、公共職業安定所又は地方運輸局の窓口で御相談ください。

被保険者番号

(バーコード貼付欄)

求職番号

(バーコード貼付欄)

支給番号

雇用保険説明会 年 月 日 出席済

認定時間 9時30分～10時00分

写真欄

支給番号

氏名

28060-13-001234-8

コヨウ ハナコ
雇用 花子

3×2.5

行数	処 理 月 日	認 定 (支 給) 期 間	日数	種 類	支 給 金 額	残日数	備 考
1	0410	13-001234-8		コヨウ ハナコ			次回認定日 07月03日
2		待期満了 待期満了日	250327				
3		給付制限期間 250328-250627		離職理由40			
4							
5	0703	13-001234-8		コヨウ ハナコ			次回認定日 07月31日
6		250628-0702	5	基本手当	¥20,660-	85	
7		※ 雇用保険受給開始日					
8	0731	13-001234-8		コヨウ ハナコ			次回認定日 08月28日
9		250703-0730	28	基本手当	¥115,696-	57	
10							
11	0828	13-001234-8		コヨウ ハナコ			次回認定日 09月25日
12		250731-0827	28	基本手当	¥115,696-	29	
13				支給終了又は期間満了間近です			
14							
15	0925	13-001234-8		コヨウ ハナコ			
16		250828-0925	29	基本手当	¥119,828-		
17		支給終了					
18		※ 雇用保険受給終了日					
19							
20							

折 り 曲 げ 線

行数	処 理 月 日	認 定 (支 給) 期 間	日数	種 類	支 給 金 額	残日数	備 考
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40	25.5.16	職業相談	25.8.21	職業相談			
41	25.6.12	職業相談	25.8.28	職業相談			
42	25.7.-8	職業相談	25.9.20	職業相談			
43	25.7.25	職業相談					
44	25.7.31	職業相談					

種類
特定受給者手当
常用就職支度金
早期再就職者支援金
早期就業支援金

種類
特定受給者手当
常用支度金
早期支援
早期就業

種類
早期再就職支援金
常用就職支度手当
広域求職活動費

種類
早期再就職
常用就職手当
広域活動費

未支給
追給

各種類の頭に(未)を付す。
各種類又は(未)の頭に(追)を付す。

(第4面)

《該当届》

配偶者を被扶養者にすると、被扶養配偶者の届出事項に変更があったときの記入例です。

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 〒100 - 0000 東京都千代田区霞が関1-2-2	事業主が記入してください。	日本年金機構
	事業所名称 健保サービス株式会社		
	事業主氏名 代表取締役社長 健保 良一		
	電話番号 03 (1234) 5678		
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) ネンキン タロウ 年金 太郎	② 生年月日 5. 昭和 55年10月10日 7. 平成 55年10月10日	③ 性別 1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号 (基礎年金番号) 012345678910		
	⑤ 住所 〒012 - 3456 東京 杉並区高井戸西	この届書の提出年月日、届書人の住所、氏名及び電話番号を記入し、押印してください。(第3号被保険者本人が自署した場合は押印の必要はありません。)	

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) ネンキン ハナコ (氏名) 年金 花子	② 生年月日 5. 昭和 59年12月11日 7. 平成 59年12月11日	③ 性別 (婚姻) 1. 夫 3. 夫(未婚) 2. 妻 4. 妻(未婚)	
	④ 住所 同居 別居 〒012 - 3456 東京都杉並区高井戸西	⑤ 第3号被保険者になった日 7. 平成 01年06月12日 9. 令和 01年06月12日	⑥ 理由 1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 結婚 5. その他 3. 離婚	⑦ 備考
	⑧ 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	⑨ 第3号被保険者に該当する被保険者の配偶者が加入する制度の番号を記入してください。		
	⑩ 非該当(変更) 第3号被保険者に該当する被保険者の配偶者が加入する制度の番号を記入してください。	⑪ 死亡()年()月()日 ⑫ 加入増加 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	氏名等の変更(訂正)の届出を行う場合に記入して下さい。
	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 〒100 - 0000 名称 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 健保サービス株式会社 代表者等氏名 代表取締役社長 健保 良一 電話 03 (1234) 5678	

健康保険組合もしくは共済組合が事業主に代わって被扶養者の確認をする場合はこの欄に署名・押印をお願いします。