

正

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

令和 年 月 日提出

健 保 欄	担 当	事務長	常務理事

スズキ健保組合受付印

事業主記入欄	事業所所在地	〒	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	—	
事業主等受付年月日		令和 年 月 日	

※複写式のため以下より入手
スズキ(株)勤務、海外駐在者 ⇒ スズキ(株)ソD
工場勤務 ⇒ 工場工務グループ
関連会社、代理店勤務 ⇒ 事業所総務課

A 被 保 険 者 欄	① 保険証 記号 番号	記号	② 氏名	③ 生年 月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑥ 住所	〒	—	⑦ 基礎年金番号	
	⑧ 年収	万円			⑨ 勤務先 (所属)					
					⑩ 連絡先	—				

※届出内容に応じて、扶養追加の場合は「該当」、扶養除外の場合は「非該当」を○で囲んでください。
※個人番号は2017年1月1日以降に初めて扶養に入る方のみ記入し、保護シールを貼付してください。

B 配 偶 者 で あ る 被 扶 養 者 欄	① 氏名	第3号被保険者に関し、以下のとおり提出します。 令和 年 月 日 (フリガナ) 氏名			② 生年 月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	③ 続柄	1. 夫 2. 妻 3. 夫（未届） 4. 妻（未届）
	⑤ 住所	1. 同居 2. 別居	〒	—	④ 外国籍	⑤ 個人番号					
	⑥ 理由	1. 被保険者の就職 2. 婚姻 3. 離職	⑦ 基礎年金番号						⑧ 外国人通称名	(フリガナ)	
	⑨ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑩ 理由	1. 被保険者の就職 2. 収入減少 3. 雇用保険受給終了 4. 収入超過 5. 雇用保険受給開始 6. その他（ ）	⑪ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者 4. その他（ ）	⑫ 年収	万円

C そ の 他 の 被 扶 養 者 欄 1	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 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男、二女、養子 など戸籍上の続柄を記入	
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者（ ）	⑥ 年収	万円		⑦ 個人番号								
	⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑨ 理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 離婚 4. 収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他（ ）	⑩ 住所	1. 同居 2. 別居	※別居の方のみ記入 〒 —				
	⑪ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑫ 理由	1. 保険証取得 2. 収入超過 3. 雇用保険受給開始 4. 離婚 5. その他（ ）	⑬ 備考						

C そ の 他 の 被 扶 養 者 欄 2	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 2. 女	④ 続柄	※子の場合は、長男、二女、養子 など戸籍上の続柄を記入	
	⑤ 職業	1. 無職 2. パート等 3. 年金受給者（ ）	⑥ 年収	万円		⑦ 個人番号								
	⑧ 被扶養者になった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑨ 理由	1. 被保険者の就職 2. 出生 3. 離婚 4. 収入減少 5. 雇用保険受給終了 6. その他（ ）	⑩ 住所	1. 同居 2. 別居	※別居の方のみ記入 〒 —				
	⑪ 被扶養者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑫ 理由	1. 保険証取得 2. 収入超過 3. 雇用保険受給開始 4. 離婚 5. その他（ ）	⑬ 備考						