

届書コード	処理区分
2 0 2	

【全国健康保険協会船員保険部被扶養者資格再確認専用】

所長	副所長	課長	担当者

船員保険被扶養者調書兼異動届（削除用）

○この届書は、全国健康保険協会船員保険部被扶養者資格再確認専用として使用いただけます。通常の被扶養者の異動用としては使用いただけません。  
 ○必ずこの届書は、被扶養者の方の健康保険協会船員保険部へご提出ください。年金事務所で処理完了後、船舶所有者様へ船員保険被扶養者（異動）決定通知書が発送されます。

① 船舶所有者整理記号	② 被保険者証の番号	⑦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	④ 異動	備考
		フリガナ	年 月 日 昭.5 平.7	男.1 女.2	削除2	
被保険者の(現)住所						

⑤ 被扶養者番号	⑥ 被扶養者氏名	⑦ 生年月日	⑧ 性別	⑨ 続柄	⑩ 被扶養者でなくなった日	⑪ ⑩の理由	被保険者証の添付	被保険者証を添付いただけない場合は理由をご記入ください。
※	フリガナ	昭.5 年 月 日 平.7 令.9	男.1 女.2		平成 年 月 日 令和		添付 返不能 滅失	
※	フリガナ	昭.5 年 月 日 平.7 令.9	男.1 女.2		平成 年 月 日 令和		添付 返不能 滅失	
※	フリガナ	昭.5 年 月 日 平.7 令.9	男.1 女.2		平成 年 月 日 令和		添付 返不能 滅失	
※	フリガナ	昭.5 年 月 日 平.7 令.9	男.1 女.2		平成 年 月 日 令和		添付 返不能 滅失	
※	フリガナ	昭.5 年 月 日 平.7 令.9	男.1 女.2		平成 年 月 日 令和		添付 返不能 滅失	

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

令和 年 月 日 提出

船舶所有者の名称・所在地・電話番号	〒 -
	( 局 ) 番

船員保険部受付印

年金事務所受付印

回送⇒

# 船員保険被扶養者調書兼異動届(削除用)のご記入にあたって

この届書は、全国健康保険協会船員保険部による船員保険被扶養者資格の再確認実施時専用です。通常の被扶養者異動用としては、使用できません。

この届書は、被扶養者の削除専用です。扶養の追加・変更等には使用いただけません。

## この届書に添付いただき、提出いただくもの

削除対象となる被扶養者の方の被保険者証を添付いただく必要があります。高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けていらっしゃる場合は、それらも併せて添付いただくをお願いします。※やむを得ず被保険者証を添付いただけない場合は、その理由をご記入ください。(船員保険被保険者回収不能・減失届のご提出は不要です。)

## 国民年金に関する手続き

被保険者の配偶者で国民年金第3号被保険者となっている方が、被扶養者ではなくなり、国民年金第1号被保険者となるときは、この届書とは別に、住民票のある市区町村役場で国民年金第1号被保険者への種別変更の届出を行う必要があります。また、海外転出及び海外在住中に被扶養者でなくなる場合は、国民年金第3号被保険者資格を喪失するため、この届書とは別に、船舶所有者を経由して管轄の年金事務所(事務センター)へ資格喪失の届出を行ってください。

## 記入例

### 【全国健康保険協会船員保険部被扶養者資格再確認専用】

### 船員保険被扶養者調書兼異動届 (削除用)

被保険者欄	① 船舶所有者整理記号 東A あいう	② 被保険者証の番号 2	⑦ 被保険者の氏名 フリガナ センボ タロウ 船保 太郎	③ 生年月日 昭5年 月 日 平7 3 5 0 4 0 2	④ 性別 男1 女2	⑧ 異動 削除2	備考
	被保険者の(現)住所 〒000-0000 千代田区富士見〇-〇-〇						

被扶養者欄	⑤ 被扶養者番号	⑥ 被扶養者氏名	⑦ 生年月日	⑧ 性別	⑨ 続柄	⑩ 被扶養者でなくなった日	⑪ 理由	被保険者証の添付	被保険者証を添付しただけの場合には理由をご記入ください。
※		フリガナ センボ ハナコ 船保 花子	昭5年 月 日 平7 4 1 0 4 0 3	男1 女2	妻	昭和 年 月 日 令和 0 3 1 0 0 1	収入超過 (150万円)	添付 返不能 減失	
※		フリガナ センボ ジロウ 船保 次郎	昭5年 月 日 平7 0 5 0 7 0 4	男1 女2	子	昭和 年 月 日 令和 0 3 0 4 0 1	就職	添付 返不能 減失	落としたため
※		フリガナ センボ サブロウ 船保 三郎	昭5年 月 日 平7 1 9 0 2 0 1	男1 女2	父	平成 年 月 日 令和 3 1 0 2 0 1	後期高齢者医療 75歳到達 (東京都)	添付 返不能 減失	保管場所がわからないため
※		フリガナ	昭5年 月 日 平7 年 月 日 令和 年 月 日	男1 女2		平成 年 月 日 令和 年 月 日		添付 返不能 減失	
※		フリガナ	昭5年 月 日 平7 年 月 日 令和 年 月 日	男1 女2		平成 年 月 日 令和 年 月 日		添付 返不能 減失	

社会保険労務士の提出代行者

船舶所有者の名称・所在地・電話番号

〒000-0000  
千代田区富士見〇-〇-〇  
船員保険株式会社  
(局) 番

令和〇〇年〇〇月〇〇日 提出

船員保険部受付印

年金事務所受付印

回送⇒

## 記入の方法

- 「⑤被扶養者番号」については、ご記入は不要です。
- 「⑩被扶養者でなくなった日」は、『⑪理由』欄により下記のとおりとなります。  
収入超過の場合…事実発生日  
ご結婚等により被保険者の扶養から外れた場合…事実発生日  
後期高齢者医療制度の被保険者になられた場合…被保険者となられた日  
亡くなられた場合…亡くなられた日の翌日
- ①「⑪理由」欄には、被扶養者でなくなった理由について、「収入超過」、「就職」、「死亡」など具体的に記入してください。  
また、収入超過の場合には、収入額をご記入ください。
- ② 被扶養者でなくなった理由が後期高齢者医療制度の被保険者になられたことである場合、  
④75歳到達により被保険者となられた場合は、「後期高齢者医療75歳到達」  
⑤一定の障害をお持ちで広域連合の認定を受けたことにより被保険者となられた場合は、「後期高齢者医療障害認定」とご記入ください。また、後期高齢者医療制度の被保険者となられた時の住所の都道府県名をご記入ください。
- 「被保険者証の添付」欄は、下記の中から選択いただくをお願いします。  
添付…被保険者証を添付いただいた場合  
返不能…被保険者証を回収しただけなかつた場合(右欄に理由をご記入ください)  
減失…被保険者証を紛失された場合(右欄に理由をご記入ください)
- 被保険者証を添付いただけない場合は、その理由をご記入ください。  
なお、後日被保険者証を回収されたときは、その旨を明記いただいたうえで、全国健康保険協会船員保険部にご返納ください。