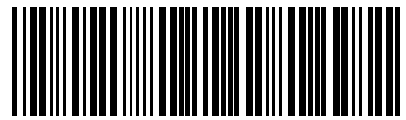


《記入例1》  
配偶者(20歳以上60歳未満)の  
扶養認定時に提出してください。

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 〒100-0000 〇〇市△△△ 〇〇-〇〇-〇〇	
	事業所名称 〇〇市役所	
	事業主氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇	
電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇	社会保険労務士記載欄 氏名等	
事業主等 受付年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

組合員 第2号被保険者 配偶者欄	氏名 共済 太郎	② 生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 5 5 1 0 1 0	③ 性別 1. 男性 2. 女性
	住所 〒320-0811 栃木 宇都宮市大通り2-3-1	④ 個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 8 7 6 5 4 3	
⑤ 個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。			

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	被扶養配偶者 氏名 共済 花子	② 生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 5 6 0 3 2 6	③ 性別(続柄) 1. 夫(未届) 2. 妻 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)		
	住所 〒320-0811 栃木県宇都宮市大通り2-3-1	④ 個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2	⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名	⑦ 電話番号 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ××× (××××) ××××
	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	⑨ 理由 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他( )	⑩ 理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他( )	⑪ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	
	⑪ 理由 1. 海外特例要件該当 2. 海外特例要件非該当	⑫ 理由 1. 海外特例要件に該当した日 2. 海外特例要件に非該当となった日	⑬ 理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他( )	⑭ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	
	⑬ 理由 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他( )	⑭ 理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他( )	⑮ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	⑯ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	
	⑯ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	⑰ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	⑱ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他( )	⑲ 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	
	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	( )	

《記入例2》  
 配偶者(20歳以上60歳未満)の扶養取消時に提出してください。ただし、他の社会保険加入による取消の場合は提出不要です。

国民年金 第3号被保険者関係届

△△ 日提出

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 〒 100 - 0000  
 ○○市△△△ □□-□□-□□

事業所名称 ○○市役所

事業主氏名 ○○市長 ○○ ○○

電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○

事業主等受付年月日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

日本年金機構

社会保険労務士記載欄  
 氏名等

組合員 (第2号被保険者)

氏名 共済 太郎

生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 5 5 1 0 1 0 性別 1. 男性 2. 女性

個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 8 7 6 5 4 3

住所 〒 320 - 0811 栃木 都道府県 宇都宮市大通り2-3-1

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。

被扶養配偶者

氏名 共済 花子

生年月日 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 5 6 0 3 2 6 性別(続柄) 1. 夫(未届) 2. 妻 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)

個人番号 [基礎年金番号] 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2

住所 1. 同居 2. 別居 栃木県宇都宮市大通り2-3-1

電話番号 ××× (××××) ××××

⑨ 第3号被保険者になった日 7. 平成 9. 令和 理由 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他

⑩ 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 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 30. 厚生年金保険・船員保険

⑫ 第3号被保険者でなくなった日 7. 平成 9. 令和 0 3 0 4 0 1 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 理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他

⑰ 海外特例要件に非該当となった日 9. 令和 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

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 ( )