

様式コード			
4	3	0	0

国民年金

第3号被保険者関係届



平成 年 月 日提出

(扶養認定の場合)

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。
	事業所所在地 〒 -
	事業所名称 所属所記入及び証明欄
	事業主氏名 電話番号 ()
事業主等 受付年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

日本年金機構

所属所コード	組合員証番号(右詰め)
〇 〇 〇	〇 〇 〇

A. (第2号被保険者)欄	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号(基礎年金番号)	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6	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号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共済 花子	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	③ 性別(続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)	
	④ 個人番号(基礎年金番号)	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名	⑦ 住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町2-3-2 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	⑨ 第3号被保険者になった日	⑩ 理由	⑪ 配偶者の加入制度	⑫ 第3号被保険者でなくなった日		
	⑬ 理由	⑭ 備考	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 6. 死亡(平成 年 月 日) 7. 離婚 8. 収入増加 9. その他 31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合 33. 地方公務員等共済組合 34. 厚生年金保険・船員保険 35. 日本私立学校振興・共済事業団 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				

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	3 2 2 3 0 4 1 9
	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 平成 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	〒 460 - 0001 愛知県名古屋市中区三の丸二丁目3番2号
	名称	愛知県自治センター内
代表者等氏名	愛知県市町村職員共済組合理事長	
電話	052-951-4545(代)	

様式コード			
4	3	0	0

国民年金

第3号被保険者関係届



平成 年 月 日提出

(扶養取消の場合)

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。	
	事業所名称	所属所記入及び証明欄	
	事業主氏名	印	
	電話番号	() () () () () () () () () ()	
事業主等受付年月日		平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日

日本年金機構

所属所コード			組合員証番号(右詰め)		
〇	〇	〇	〇	〇	〇

A. (第2号被保険者)欄	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	氏名	共済 太郎	7. 平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	④ 個人番号(基礎年金番号)	1 1 2 2 3 3 4 4 5 5	
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)					
住所	〒 - 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号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別(続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)	
	氏名	日本年金機構理事長あて (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共済 花子		④ 個人番号(基礎年金番号)	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3	基礎年金番号を記入		
	住所	⑦ 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 <input type="radio"/>	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県 〇〇市 〇〇町 2-3-2		⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名 (フリガナ)	⑧ 電話番号 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 ()		⑭ 備考		
⑪ 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 年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他(収入基準額超)					

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	3 2 2 3 0 4 1 9						
	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 平成 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	〒 460 - 0001 愛知県名古屋市中区三の丸二丁目3番2号						
	名称	愛知県自治センター内						
代表者等氏名	愛知県市町村職員共済組合理事長 印							
電話	052-951-4545(代)							