

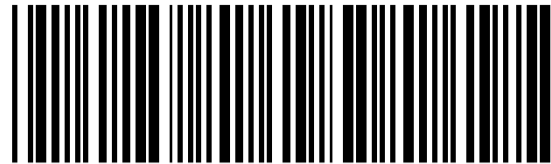
《該当届》

配偶者を被扶養者にするときの記入例

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	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	社会保険労務士記載欄 氏名等	

事業主が記入します。

太枠の記入欄に必要事項をご記入ください。

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	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. 男性 2. 女性
	⑤ 住所	〒 - 都道府県		④ [基礎年金番号]			

被保険者の氏名

年金手帳の基礎年金番号を左詰めでご記入ください。(2マス余ります)

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	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) (氏名)		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別(続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	⑦ 住所	①. 同居 2. 別居	※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□		④ [基礎年金番号]			
	⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成 9. 令和	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 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						
	⑫ 非該当(変更) 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()			
	⑮ 海外特例要件該当 海外特例要件に該当した日	9. 令和	年 月 日	⑯ 理由	1. 留学 4. 海外婚姻 2. 同行家族 5. その他() 3. 特定活動			
⑰ 海外特例要件非該当 海外特例要件に非該当となった日	9. 令和	年 月 日	⑱ 理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()				

被保険者の配偶者の氏名

該当の理由に○印を付けてください

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	06230395
	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	〒 455 - 8670 愛知県名古屋港区千代三丁目1番12号
	名称	UACJ健康保険組合
代表者等氏名		
電話	052(653)1228	

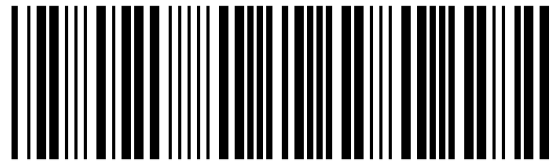
《非該当》

死亡、離婚等により生計維持関係がなくなった時の記入例

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	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	社会保険労務士記載欄	
				氏名等

事業主が記入します。

太枠の記入欄に必要な事項をご記入ください。

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	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. 男性 2. 女性
	⑤ 住所	〒 - 都道府県		④ [基礎年金番号]			

被保険者の氏名

年金手帳の基礎年金番号を左詰めでご記入ください。(2マス余ります)

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	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) (氏名)		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別(続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)	
	⑦ 住所		〒 -		④ [基礎年金番号]	⑤ 外国籍			⑥ 外国人通称名 (フリガナ)
	⑧ 電話番号		1. 同居 2. 別居		⑨ 第3号被保険者になった日		⑩ 理由		⑭ 備考
	⑪ 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		⑫ 第3号被保険者でなくなった日		⑬ 理由		⑮ 海外特例要件該当
	⑯ 海外特例要件非該当		32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団		⑰ 海外特例要件に該当した日		⑱ 理由		⑲ 海外特例要件に非該当となった日
	⑳ 理由		1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()		1. 留学 4. 海外婚姻 2. 同行家族 5. その他() 3. 特定活動		1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()		

被保険者の配偶者の氏名

該当のほうに○印を付けてください

該当理由に○印を付けてください

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	06230395
	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	〒 455 - 8670 愛知県名古屋港区千代三丁目1番12号
	名称	UACJ健康保険組合
代表者等氏名		
電話	052(653)1228	