

この欄は健康保険の被保険者について記入してください。

基礎年金番号・手帳記号番号を確認のうえ記入してください。

届書コード	処理区分	届書
-------	------	----

国民年金第3号被保険者 資格取得・種別変更・種別確認(3号該当) 資格喪失・死亡届 氏名・生年月日・性別変更(訂正)

① 配偶者の氏名 (氏) (名)	配偶者の生年月日 昭. 年 月 日 大. 3 月 9 日	3号該当 非該当	変更内容 (非該当(変更)の場合) 1. 姓名変更(訂正) 2. 生年月日訂正 3. 性別訂正 4. 住所訂正 5. その他
② 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	③ 配偶者共済番号表示	④ 郵便番号	⑤ 配偶者の住所 (フリガナ)

⑥ 基礎年金番号又は手帳記号番号	生年月日(訂正後)	手帳記号番号	⑦ 資格取得・種別変更・種別確認の理由 ア. 配偶者が被用者保険制度に加入(国民年金 厚生年金保険) イ. 配偶者の所属する年金制度の変更(共済組合 厚生年金保険) ウ. 婚姻 エ. 離職 オ. 所得減少 カ. その他()	⑧ 第3号被保険者でなくなった理由 死亡(年月日) その他()
⑨ 被保険者の氏名 (フリガナ)	⑩ 生年月日	⑪ 性別 男1 女2	⑫ 資格取得(種別変更・種別確認)年月日	⑬ 被保険者でなくなった日(死亡のときは葬日)
(氏) (名)	昭. 年 月 日 平. 5 月 7 日		年 月 日	年 月 日
⑭ 郵便番号	⑮ 被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入してください。)			
住所コード				
⑯ 氏名変更(訂正)年月日	⑰ 外国人区分	⑱ 被保険者の通称名 (フリガナ)	⑲ 種別 1. 強制付帯指定 2. 年金手帳再交付	⑳ 訂正後取得年月日・種別
年 月 日	0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 以外の外国人			年 月 日
				⑳ 年金手帳送付作成

配偶者が基礎年金番号を持っていない場合のみ加入年金制度の組合(保険者)番号を記入してください。

㉑ 組合(保険者)番号

(注) 種別
30 第3号A 厚生年金保険・船員保険
31 第3号A 厚生年金保険・健康保険
32 第3号C 国家公務員共済組合
36 第3号G 地方公務員等共済組合
37 第3号J 日本私立学校振興・共済事業団
38 第3号A 厚生年金保険・旧農林共済

事業主がこの届書を受付した日を必ず記入してください。

事業主等	受付年月日	年 月 日
上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。		
届書記載の被保険者は、厚生年金保険又は共済組合に加入している配偶者の被扶養者[健康保険又は共済組合の被扶養者(又は所得税法上の控除対象配偶者)]であることを証明します。		
届書記載の年金手帳の基礎年金番号又は保険者番号等は、当該配偶者のものに相違ないことを確認する。		
事業所所在地	〒	
事業所名称		
事業主氏名	印	
電話	(局)	番

事業主の方の確認欄です。
(記入・押印)

健康保険組合	平成 年 月 日	提出
上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。		
届書記載の被保険者は、健康保険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	
(資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は記載の必要はありません。)		
所在地	〒	
名称		
代表者氏名	印	
電話	(局)	番

健保組合で確認いたします。
(記入・押印)

この欄は記入の必要ございません。

この欄は健康保険の被扶養者となる配偶者について記入・押印してください。

届出人	平成 年 月 日	提出
この届書記載のとおり届出します。		
社会保険事務所長 様		
住所	〒	
第3号被保険者		
氏名	印	
電話	(局)	番

被扶養者認定	平成 年 月 日	提出
社会保険事務所受付印		
被扶養者認定年月日		

1. 生年月日や資格取得年月日等 年月日を記入する場合は、2桁で記入してください。

(例)14年4月1日

1	4	年	0	4	月	0	1	日
---	---	---	---	---	---	---	---	---

その他 2. の箇所は、該当する項目の数字等を で囲んでください。

3. の箇所は、記入しないでください。