

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

《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。

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。 〒100 - 0000 〇〇市△△△ □□-□□-□□
	事業所所在地
	事業所名称 〇〇市役所
	事業主氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇 印
	電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
事業主等 受付年月日	令和 〇〇年 〇月 〇日

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 年 月 日 6. 平成 5 5 1 0 1 0 性別 1. 男性 2. 女性
	個人番号又は基礎年金番号	個人番号の記入は必須ではありません 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。

B. 第3号被保険者欄	被扶養配偶者	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 印
	生年月日	5. 昭和 年 月 日 6. 平成 5 6 0 3 2 6 性別 (続柄) 1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)	
	個人番号又は基礎年金番号	個人番号の記入は必須ではありません 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2	
	住所	〒320 - 0811 栃木県宇都宮市大通り2-3-1 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 012 (3456) 7890	
	第3号被保険者になった日	令和 0 1 0 5 0 1 理由 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他	
	第3号被保険者でなくなった日	令和 年 月 日 理由 1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. 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	()	

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

《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。

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。 〒100 - 0000 〇〇市△△△ □□-□□-□□
	事業所所在地
	事業所名称 〇〇市役所
	事業主氏名 〇〇市長 ○○ ○○ 印
	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

組合員 (第2号被保険者)	氏名	共済 太郎	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 5 5 1 0 1 0	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	住所	〒320 - 0811 栃木 都道府県 宇都宮市大通り2-3-1	④ 個人番号又は基礎年金番号	個人番号の記入は必須ではありません 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。(フリガナ)	トチギケンウツ/ミヤシオオドリ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。

B. 第3号被保険者欄	被扶養配偶者	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 5 6 0 3 2 6	③ 性別(続柄)	1. 夫(未届) 2. 妻(未届) 3. 夫(未届) 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 印	④ 個人番号又は基礎年金番号	個人番号の記入は必須ではありません 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2		
	住所	〒320 - 0811 栃木県宇都宮市大通り2-3-1	⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名	⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 012 (3456) 7890
	⑦ 同居 別居	⑨ 第3号被保険者になった日	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 ()	
	⑪ 配偶者の加入制度	⑫ 第3号被保険者でなくなった日	令和 0 1 0 5 0 1	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. 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。

療保 険者 記入	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	印
電話	()	