

**届書の記入例**

ブルーの色つき部分は、必ず記入していただく欄となります。  
 ★印の箇所は、該当する項目の数字等を○でかこんでください。  
 ※印の箇所は、記入しないでください。  
 記載の詳細については、4枚目をご参照ください。

非該当届の場合は、「5. その他」に○をつけてください。

被扶養配偶者でなくなった理由を記載してください。(収入が基準額を超えた、または離婚)

この届書の提出年月日、届出人の住所、氏名及び電話番号を記入し、押印してください。(第3号被保険者本人が自署した場合は押印の必要はありません。)

健康保険組合等の記入は不要です。ただし、届出について、事業主から委任を受けている場合は記入願います。

事業主が記入してください。

届書コード	処理区分

**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)届  
 被扶養配偶者非該当

事務センター長	副事務センター長	グループ長	担当者
所 長	副 所 長	課 長	

第3号被保険者の配偶者欄	配偶者の氏名	配偶者の生年月日	第3号該当・非該当	非該当(変更)の場合
	フリガナ ネンキン 年金 (氏) 太郎	★ 明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7 5 5 1 0 1 0	★ 該当 ○ 非該当(喪失)	★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他
配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		共済番号表示	郵便番号	※住所コード
1 2 3 4 8 7 6 5 4 3		※ 1. 配偶者共済番号表示	1 2 0 0 0 2 2	東京都杉並区高井戸2-3-4

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	資格取得・種別変更・種別確認の理由	被扶養配偶者でなくなった理由
1 2 3 4 7 6 5 4 3 2	★ 明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7	送 信	★ア. 配偶者が使用者報酬額に加入 イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 ウ. 離婚 エ. 本人の職種(号数)異 オ. 本人の所得減少 カ. 本人の所得減少 ク. その他( )	★06. 死亡(平成 年 月 日死亡) ★03. その他 収入が基準額を超えたため
被保険者氏名	生年月日	性別	資格取得(種別変更・種別確認)年月日	被保険者でなくなった日
フリガナ ネンキン 年金 (氏) 花子	★ 明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7 5 6 0 3 2 6	★ 男1 女2	年 月 日	年 月 日
郵便番号	※住所コード	フリガナ	氏名変更(訂正)年月日	外国人区分
		同居	年 月 日	★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人

訂正後取得年月・種別	要年金手帳送付	受給権確認表示	納付書抑止表示	事業主等受付年月日	年金事務所
※ 年 月 日 ※	※ 1. 宛名シール 2. 任意	※ 下記以外は省略 1. 55歳以上の扶養配偶者が受給権を有さないこと確認された場合	※1.	受付印	被扶養者
					被扶養者認定

基礎年金番号の他に年金手帳番号を持っている場合に記入してください。

上記のとおり被保険者からの第3号関係の届出がありましたので提出します。

○届書記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者等のものに相違ないことを確認する。

平成〇〇年 〇月 〇日提出

〒100-0000  
 事業所所在地 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2  
 事業所名称 健保サービス株式会社  
 事業主氏名 代表取締役社長 健保良一  
 電 話 03 ( 1234 局 ) 5678 番

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。

○第3号該当の届出の場合、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。

平成〇〇年 〇月 〇日提出

( 届 出 人 )  
 所 在 地 〒 ー  
 名 称 ー  
 代 表 者 等 氏 名 ー  
 電 話 ( 局 ) ー 番

上記の届書記載のとおり届出します。

日本年金機構理事 長 へ

平成〇〇年 〇月 〇日提出

( 届 出 人 )  
 住 所 〒 120 - 0022  
 東京都杉並区高井戸2-3-4  
 氏 名 年金 花子  
 電 話 03 ( 4321 局 ) 5678 番