

**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。

死亡又は氏名等の変更(訂正)の届出を行う場合に記入してください。

資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)

資格喪失・死亡

国民年金第3号被保険者

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	

届書コード	処理区分

第3号被保険者等の配偶者欄	配偶者の氏名 フリガナ <b>ネンキン</b> (氏) <b>年金</b>	配偶者の生年月日 ★ 明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7 <b>5 5 1 0 1 0</b>	第3号該当・非該当 ★ <b>該当</b>	変更内容 非該当(変更)の場合 ★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 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 (フリガナ)	備考
<b>1 2 3 4 8 7 6 5 4 3</b>	1. 配偶者共済番号表示	<b>1 2 0 - 0 0 2 2</b>	<b>トウキョウトスズキミヤカイドウ2-3-4</b>	
			<b>東京都杉並区高井戸2-3-4</b>	

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
<b>1 2 3 4 7 6 5 4 3 2</b>	★ 明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7 <b>5 6 0 3 2 6</b>		ア. 配偶者が使用者保険制度に加入 イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 ロ. 厚生年金保険→共済組合 ハ. 共済組合→厚生年金保険 ニ. 共済組合→共済組合 ホ. その他	★ 06死亡 (平成 年 月 日) 03その他 ( )
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	被扶養配偶者でなくなった年月日
フリガナ <b>ネンキン</b> (氏) <b>年金</b>	★ 明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7 <b>5 6 0 3 2 6</b>	★ 男1 女	<b>2 3 0 7 0 7</b>	
郵便番号	被保険者住所(配偶者と同居の場合のみ記入)	氏名変更(訂正)年月日	外国人区分	被保険者通称名
	※住所コード	年 月 日	★ 日本人 米国人(強制) その他の外国人	(フリガナ)
	<b>同居</b>			
訂正後取得年月日・種別	要年金手帳送付	受給権確認表示	納付書控え表示	
※ 年 月 日	※ 1. 宛シール作成	※ 下記以外は省略 1. 55歳以上の扶養配偶者が受給権を有しないと確認された場合	※ 1.	

◎被扶養者の届出が、配偶者(20歳以上60歳未満)以外の場合および配偶者であっても被扶養者から削除される届出している者が被扶養者でなくなった場合および死亡の場合は除く。(ハ)は、この届書を提出する必要はありません

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。

氏名変更(訂正)の届出を行う場合に記入してください。

該当する理由に○をしてください。

第3号被保険者に該当する被保険者の配偶者が加入する制度の番号を記入してください(制度の番号については右側の表を参考にしてください)。

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

健康保険組合もしくは共済組合が、事業主に代わって被扶養者の確認をする場合は、この欄に署名・押印をお願いします。

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。)

事業主が記入してください。

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。

○第3号該当の氏名の場合、届書記載の被保険者は、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 平成〇〇年 〇月 〇日

(資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は認定年月日を記載していただく必要はありません)  
 平成〇〇年 〇月 〇日提出

(医療被扶養者)  
 所在地 〒100-0000 **東京都千代田区霞ヶ関1-2-3**  
 名称 **健保サービス健康保険組合**  
 代表者等氏名 **健保サービス健康保険組合 健保 太郎**  
 電話 **03(1234局)7856**番

この届書記載のとおり届出します。

日本年金機構理事 氏 あり  
 平成〇〇年 〇月 〇日提出

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

**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	

◎健康保険の被扶養者に関する届出をする方のうち、配偶者が届出事由に該当する場合にはこの届書を提出してください。ただし、20歳未満又は60歳以上の方は提出が不要です。また、配偶者が被用者年金制度(厚生年金・共済組合等)に加入し被扶養者でなくなった場合についても提出は不要です。裏面を必ずお読みの上で記入してください。

第3号被保険者の氏名 フリガナ <b>ネンキン</b> (氏) <b>年金</b>	配偶者の氏名 フリガナ <b>タロウ</b> (名) <b>太郎</b>	配偶者の生年月日 ★ 明.1 年 月 日 大.3 月 日 略.5 日 平.7 年	第3号該当・非該当 ★ 該当 ○ 非該当(喪失)	変更内容 非該当(変更)の場合 ★ 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 1 2 3 4 8 7 6 5 4 3	共済番号表示 1. 配偶者共済番号表示 1 2 0 0 0 2 2	郵便番号 1 2 0 0 0 2 2	※住所コード 	配偶者住所 フリガナ <b>トウキョウトシネジミクサカハイド</b> <b>東京都杉並区高井戸2-3-4</b>

基礎年金番号又は手帳記号番号 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2	生年月日(訂正後) ★ 明.1 年 月 日 大.3 月 日 略.5 日 平.7 年	手帳記号番号 送信	資格取得・種別変更・種別確認の理由 ア. 被用者が被用者保険制度に加入 イ. 被用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)異動 オ. 本人の所得減少 カ. 本人の所得減少 ク. その他( ) ク. その他( )	被扶養配偶者でなくなった理由 ★ 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 フリガナ <b>ネンキン</b> (氏) <b>年金</b>	被保険者氏名 フリガナ <b>ハナコ</b> (名) <b>花子</b>	被保険者の生年月日 ★ 明.1 年 月 日 大.3 月 日 略.5 日 平.7 年	性別 ★ 男1 女2	資格取得(種別変更・種別確認)年月日 年 月 日
郵便番号 	※住所コード 	フリガナ <b>同居</b>	氏名変更(訂正)年月日 年 月 日	外国人区分 ★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人

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。

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

事業主等受付年月日	年金事務所 受付印	被扶養者 被扶養者認定
-----------	--------------	----------------

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

(医療保険者) 所在地 〒 ー  
 氏名 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 へて  
 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