

**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○で囲んでください。  
 ※印の箇所は、記入しないでください。  
 記入の詳細については、届書の裏面をご参照ください。

非該当の場合は、「5. その他」に○をつけてください。

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)  
 被扶養配偶者非該当

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担当者
			5281

⑦配偶者の氏名		⑦配偶者の生年月日		⑧第3号該当 非該当	⑨変更内容 非該当(変更)の場合
(氏)フリガナ <b>年金</b>	(名)フリガナ <b>太郎</b>	★明.1 年 月 日 昭.5 平.7	5 5 1 0 1 0	★ 該当 ○ 非該当(変更)	★ 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
⑩配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		⑪共済番号表示	⑫郵便番号	⑬配偶者住所	
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	※住所コード (フリガナ) <b>トウキョウトスギナミクタイド2-3-4</b> <b>東京都杉並区高井戸2-3-4</b>	

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)

⑭基礎年金番号又は手帳記号番号		⑮生年月日(訂正後)		⑯手帳記号番号		⑰資格取得・種別変更・種別確認の理由	⑱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. 配偶者が被用者年金制度に加入 イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 ウ. 婚姻 エ. 本人の離職(2号喪失) オ. 本人の所得減少 カ. その他 ( )	★06. 死亡(年 月 日死亡) ★03. その他 (収入が基準額を超えたため)
⑲被保険者氏名		⑳生年月日(訂正前)		㉑性別		㉒資格取得(種別変更・種別確認)年月日	㉓被扶養配偶者でなくなった日
(フリガナ) <b>年金</b>	(名) <b>花子</b>	★明.1 年 月 日 大.3 昭.5 平.7		★ 男1 女2		年 月 日	年 月 日
㉔郵便番号		㉕被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入)		㉖氏名変更(訂正)年月日		㉗外国人区分	
1 2 3 4 5 6 7 8		※住所コード (フリガナ) <b>同居</b>		年 月 日		0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国	

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。)

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。

健康保険組合等の記入は不要です。ただし、届出について、事業主から委託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。

<p>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。</p> <p>○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。</p> <p>平成〇〇年 〇月 〇日提出</p> <p>〒100-0000                  事業所所在地 <b>東京都千代田区霞ヶ関1-2-2</b>                  事業所名称 <b>健保サービス株式会社</b>                  事業主氏名 <b>代表取締役社長 健保 良一</b> (代表者印)                  電 話 <b>03 (1234 局) 5678 番</b></p>	<p>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。</p> <p>○第3号被保険者の届出の場合、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。</p> <p>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 年 月 日提出</p> <p>所 在 地 〒 - -                  (医療保険者) 医 療 保 険 者                  代 表 者 等 氏 名                  電 話 ( ) 局) 番</p>	<p>この届書記載のとおり届出します。</p> <p>日本年金機構理事長あて</p> <p>平成 年 月 日提出</p> <p>住 所 〒120-0022  <b>東京都杉並区高井戸2-3-4</b>                  (届出人) 氏 名 <b>年金 花子</b> 印                  電 話 番 号 <b>03 (4321 局) 5678 番</b></p>
--	--	---

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)  
 被扶養配偶者非該当

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	担当者

③ 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この届書を提出し、共済組合等に加入し、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。

第3号被保険者等	⑦配偶者の氏名		⑧配偶者の生年月日		⑨第3号該当 非該当	⑩変更内容 非該当(変更)の場合
	(氏)フリガナ	(名)フリガナ	年	月	日	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
	⑪配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号	⑫共済番号	⑬郵便番号	⑭配偶者住所		(備考)
	※	1. 配偶者共済番号表示		※住所コード	(フリガナ)	

第3号被保険者等	⑮基礎年金番号又は手帳記号番号	⑯生年月日(訂正後)	⑰手帳記号番号	⑱資格取得・種別変更・種別確認の理由	⑲被扶養配偶者でなくなった理由
		★明.1 大.3 昭.5 平.7		★ア. 配偶者が被用者年金制度に加入 イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 a. 厚生年金保険-共済組合 b. 共済組合-厚生年金保険 c. 共済組合-共済組合 ウ. 婚姻 エ. 本人の離職(2号喪失) オ. 本人の所得減少 カ. その他( )	★06. 死亡(平成 年 月 日死亡) 03. その他( )
	⑳被保険者氏名	㉑生年月日(訂正前)	㉒性別	㉓資格取得(種別変更・種別確認)年月日	㉔被扶養配偶者でなくなった日
	(フリガナ) (氏) (名)	★明.1 大.3 昭.5 平.7	★男1 女2	年 月 日	年 月 日
	㉕郵便番号	㉖被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入)		㉗氏名変更(訂正)年月日	㉘外国人区分
		※住所コード	(フリガナ)	年 月 日	★0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国
	㉙訂正後取得年月日・種別	㉚要年金手帳送付	㉛受給権確認表示	㉜納付書抑止表示	㉝被保険者通称名
	※ 年 月 日 ※	※	※	※	㉞種別(注)
	1. 第1号 第3号 2. 任意	1. 宛名シール作成	1. 65歳以上の扶養配偶者が受給権を有さないで確認された場合	1. 納付書作しない	㉟強制付番指定
					※ 1. 強制付番指定

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。

㊱組合(保険者)番号

(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A(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)
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	被扶養者認定
	被扶養者認定年月日

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 年 月 日提出

〒 -

事業所所在地

(事業所名称) 印

(事業主氏名) 印

(電話) (局) 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 年 月 日提出

所在地 〒 -

(医療代表者等氏名) 印

(電話) (局) 番

この届書記載のとおり届出します。

日本年金機構理事長あて

平成 年 月 日提出

住所 〒 -

(届出人) 氏名 印

(電話) (局) 番

【記入上の注意】

1. 文字は、楷書ではっきり記入してください。
2. ★印の箇所は、該当する項目の数字等を○で囲んでください。
3. ※印の箇所は、記入しないでください。
4. 生年月日や資格取得年月日など年月日を記入する場合は、和暦を記入してください。たとえば、平成22年1月1日の場合は、「

年	月	日
22	01	01

のように記入してください。」

【記入の方法】

1. ㉠、㉡及び㉢は、第3号被保険者に該当したときの届出を行う場合又は第3号被保険者が被扶養配偶者に該当しなくなったときの届出を行う場合に記入してください。  
配偶者が基礎年金番号を持っていない場合は、㉢の「組合（保険者）番号」欄に、加入年金制度の組合（保険者）番号を記入してください。
2. ㉣は、第3号被保険者に該当したときの届出を行う場合は「該当」を、それ以外の場合は「非該当（変更）」を○で囲んでください。
3. ㉤は、死亡又は氏名等の変更（訂正）の届出を行う場合又は第3号被保険者が被扶養配偶者に該当しなくなったときの届出を行う場合に記入してください。
4. ㉥、㉦及び㉧は、必ず記入してください。
5. ㉨は、生年月日訂正の届出を行う場合にのみ記入する欄です。それ以外の場合は記入しないでください。
6. ㉩は、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。
7. ㉪及び㉫は、その他の場合、（ ）内に理由を記入してください。㉫が死亡の場合は、死亡年月日を記入してください。
8. ㉬、㉭及び㉮は、氏名、生年月日及び性別を記入してください。  
氏名変更（訂正）の届出を行う場合は、変更（訂正）前の氏名を記入のうえ二重線で抹消し、その上段に変更（訂正）後の氏名を記入してください。  
性別の訂正を行う場合は、訂正後の性別を○で囲んでください。
9. ㉯は、配偶者である第2号被保険者による扶養が開始された年月日を記入してください。
10. ㉺は、被扶養配偶者でなくなった日を記入してください。
11. ㉻及び㉼は、配偶者と同居しているときは、㉻に「同居」と記入してください。別居しているときは、郵便番号及び住所を記入してください。
12. ㉽は、氏名変更（訂正）の届出を行う場合に記入してください。
13. ㉾は、第3号被保険者に該当したときの届出を行う場合又は氏名変更（訂正）の届出を行う場合に記入してください。
14. ㉿は、第3号被保険者に該当したときの届出を行う場合に記入してください。
15. ㊀は、第3号被保険者に該当したときの届出を行う場合に、（注）を参照し、配偶者の加入する年金制度に該当する2けたの数字を記入してください。
16. この届書の右下の届出人記入欄に、この届書の提出年月日、届出者の住所、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。）

【この届書に添付して提出するもの】

1. 第3号被保険者の年金手帳など。（死亡の届出の場合は不要です。）
2. 第3号被保険者に該当したときの届出を行う場合は、以下の書類。
  - (1) 配偶者の年金手帳など。
  - (2) 配偶者である第2号被保険者の被扶養配偶者であることが明らかとなる書類。  
※医療保険の被扶養者の届出に同様の書類を添付する場合は、この届書にはこれらの書類を添付する必要はありません。

資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)

国民年金第3号被保険者

資格喪失・死亡

届

氏名・生年月日・性別変更(訂正)

所長	次長	課長	係長	係員

3号被保険者の配偶者欄	(9) (26) 配偶者の氏名 (氏) (名)		(7) (24) 配偶者の生年月日 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7		3号該当・非該当 該当 ・ 非該当	★変更内容 (非該当(変更)の場合)
	(6) (23) 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		(3) (7) 郵便番号			(4) (8) 配偶者の住所
※		※住所コード (フリガナ)		電話 ( )		

3号被保険者欄	(1) 基礎年金番号又は手帳記号番号		(2) 生年月日(訂正後) 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7		(3) 手帳記号番号		★資格取得・種別変更・種別確認の理由			(4) ★資格喪失の理由					
	(5) 被保険者の氏名 (氏) (名) (フリガナ)		(6) 生年月日(訂正前) 明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7		(7) 性別 男 1 女 2		(8) 資格取得(種別変更・種別確認)年月日 年 月 日			(9) 死亡等年月日 年 月 日					
	(10) 郵便番号		(11) 被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入) ※住所コード (フリガナ) 電話 ( )				(12) 氏名変更(訂正)年月日 年 月 日		(13) 外国人区分 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人		(14) 被保険者通称名 (フリガナ)		(15) 種別	(16) 強制付番指定	(17) 年金手帳作成
	※(18) 訂正後取得年月日・種別 年 月 日		★ 1. 第1号 第3号 2. 任意 (注)		★ 1. 年金手帳返付済		事業主等受付印			※ 社会保険事務所 受付印 被扶養者認定					

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記号番号等を記入してください。

配偶者制者の加入	(1) 日本私立学校振興共済事業団	(6) (23) 加入者番号	(1) (2) 以外の共済組合	(6) (23) 組合(保険者)番号
	(2) 農林漁業団体職員共済組合	(6) 組合員番号		

上記のとおり被保険者から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 年 月 日提出

事業所所在地 〒 -

(事業主) 事業所名称

事業主氏名 印

電話 ( )

上記のとおり被保険者から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。

認定年月日は、(8) 資格取得年月日と同じ。

平成 年 月 日確認

〒 103-8427

所在地 東京都中央区日本橋本町4-15-9

医療保険者名称 伊藤忠連合健康保険組合 理事長 印

( ) 電話 03 ( 3662 ) 9951

この届書記載のとおり届出します。

年金事務所長 殿

平成 年 月 日提出

(届出人) 住所 〒 -

氏名 印

電話 ( )