

令和 年 月 日提出 事業主が健保にこの届出を提出した日

事業主記入欄

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。

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

事業主等受付年月日 令和 年 月 日

記号・番号は健康保険証でご確認ください

必ず、デスクトップ等に保存してから、記入してください

健保受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

A. 被保険者欄

① 被保険者記号	〇〇	② 氏名	ケンポ タロウ	③ 生年月日	7.平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	④ 性別	1.男性
⑤ 個人番号 [基礎年金番号]	〇〇〇〇〇	⑥ 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (都道府県を入力) (市区町村以下の住所を入力) 〇〇府 〇〇市〇〇区〇〇丁目 〇〇番〇〇号 〇〇マンション〇〇号室				

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、理由を記入してください。

B. 配偶者である被扶養者欄 (国民年金第3号被保険者)

① 氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	② 生年月日	7.平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	③ 性別(続柄)	2.妻
④ 個人番号 [基礎年金番号]	〇〇〇〇〇	⑤ 外国籍		⑥ 外国人通称名	(フカナ)
⑦ 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇都〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号	⑧ 電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
⑨ 第3号被保険者になった日	令和 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	⑩ 理由	3. 離職		
⑪ 配偶者の加入制度	31.厚生年金保険・健康保険 32.国家公務員共済組合	⑫ 第3号被保険者なくなった日	令和 年 月 日	⑬ 理由	14 備考
⑭ 右の⑮~⑰の欄	1.海外特例要件該当 2.海外特例要件非該当	⑮ 海外特例要件に該当した日	令和 年 月 日	⑯ 理由	
⑰ 海外特例要件に非該当となった日	令和 年 月 日	⑱ 理由			

該当、または非該当、変更のいずれかを○で囲む

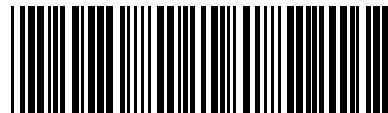
- グリーン部分 必須入力
- ピンク部分 必須入力(プルダウンより選択)
- グレー部分 該当する場合に入力

常務理事	事務長	担当者

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

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。	日本年金機構
	事業所所在地 〒 -	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号 ( )	社会保険労務士記載欄	
事業主等 受付年月日 令和 年 月 日	氏名等	

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	② 生年月日 7.平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 性別 1.男性
	④ 個人番号 [基礎年金番号] 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	⑤ 住所 〒 〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇府 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇マンション〇〇号室

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	① 氏名 この届書記載のとおり届出します。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 印刷後、チェックをつける 日本年金機構構理事長あて (フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子 (氏名) ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します	② 生年月日 7.平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 性別(続柄) 2.妻	
	④ 個人番号 [基礎年金番号] 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	⑤ 外国籍	⑥ 外国人通称名 (フリガナ)
	⑦ 住所 2.別居 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇都〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号 ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。 ※海外居住者(帰国者)が住所を記入してください。なお、協力が親族の場合は協力者氏名及び続柄を(備考)に記入してください。	⑧ 電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇	
	⑨ 第3号被保険者になった日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 理由 3.離職 ⑩ 配偶者の加入制度 31.厚生年金保険・健康保険 36.地方公務員等共済組合 30.厚生年金保険・船員保険 32.国家公務員共済組合 37.日本私立学校振興・共済事業団	⑪ 第3号被保険者でなくなった日 令和 年 月 日 理由	⑭ 備考
右の⑮~⑱の欄は、海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを○で囲み、記入してください。	⑮ 1.海外特例要件該当 海外特例要件に該当した日 9.令和 年 月 日 理由	⑯ 2.海外特例要件非該当 海外特例要件に非該当となった日 9.令和 年 月 日 理由	

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 ( )	