

**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。

非該当届の場合は、「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	5281 担当者
---------------	-----------------	-------------	-------------

◎裏面を必ずお読みください。届書の裏面を必ずお読みください。  
 ◎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、配偶者が届出事由に該当する場合は、届出が不要です。  
 ◎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、配偶者が届出事由に該当する場合は、届出が不要です。

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、または離婚等)

第3号被保険者の氏名 年金 太郎	第3号被保険者の生年月日 ★明.1 年 月 日 昭.5 年 月 日 平.7 年 月 日	第3号該当 非該当 ★ 該当 非該当(変更)	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
配偶者の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 2 0-0 0 2 2	郵便番号 1 2 0-0 0 2 2	配偶者住所 〒120-0022 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 1 2 3 4 7 6 5 4 3 2	生年月日(訂正後) ★明.1 年 月 日 大.3 年 月 日 昭.5 年 月 日 平.7 年 月 日	手帳記号番号 送 信	資格取得・種別変更・種別確認の理由 ★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
被保険者氏名 年金 花子	生年月日(訂正前) ★明.1 年 月 日 昭.5 年 月 日 平.7 年 月 日	性別 ★ 男1 女2	被扶養配偶者でなくなった理由 ★03. その他 (収入が基準額を超えたため)
郵便番号	被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入) 同居	氏名変更(訂正)年月日	外国人区分
訂正後取得年月日・種別	要年金手帳送付	受給権確認表示	新付書抑止表示

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。

共済組合等の記入は不要です。

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  
 (事業主等) 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 (代表者印)  
 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号関係の届出の場合、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

(医療保険者) 所在地 〒 -  
 名 称 -  
 代表者等氏名 -  
 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 〒120-0022  
 東京都杉並区高井戸2-3-4  
 (届出人) 氏 名 年金 花子 印  
 電話番号 03 (4321 局) 5678 番