



平成 年 月 日提出

赤い太枠の部分は必ず記入してください。
記入の詳細については、届書の裏面をご参照ください。

提出者情報	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	平成	年	月 日
所属所記入欄		社会保険労務士記載欄 氏名等 Ⓜ	

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	組合員本人の各項目を記入		② 生年月日	5. 昭和	年	月	日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	氏名			7. 平成					
	④ 個人番号 (基礎年金番号)								
⑤ 住所	〒 -		個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ)						
		都道府県							

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

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	組合員の配偶者の各項目を記入		② 生年月日	5. 昭和	年	月	日	③ 性別 (続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	氏名	日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)		7. 平成					
	④ 個人番号 (基礎年金番号)								
	⑤ 外国籍			⑥ 外国人 通称名	(フリガナ)				
	⑦ 住所	同居	〒 -	⑧ 電話番号		1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()			
		別居	※同居の場合も住民票の住所を記入してください						
⑨ 第3号被保険者 になった日	7. 平成	年	月	日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()			
⑪ 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		⑭ 備考				
⑫ 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成	年	月	日	⑬ 理由	1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()			

□にチェックを付けた場合、
委任状の提出は必要ありません。

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	32080418
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出	
	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	平成 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	〒 310 - 0852 水戸市笠原町978番26
名称	茨城県市町村職員共済組合	
代表者 等氏名	Ⓜ	
電話	029 (301) 1411	

いずれかを○で囲み、該当の場合は⑨～⑪を、
非該当・変更の場合は⑫～⑬を記入してください。

共済組合証明欄