



平成 年 月 日提出

提出者情報	事業所所在地	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		
	事業所名称	記入不要				
	事業主氏名					
	電話番号					
事業主等受付年月日		平成	年	月	日	

組合員の情報を記入してください。

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号		⑤ 基礎年金番号			
	⑥ 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	市町村	番	号

配偶者の情報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	① 氏名	この欄を空欄のままで提出します。 平成 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (R.名)	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	③ 性別	1. 夫 3. 夫(幸居) 2. 妻 4. 妻(幸居)
	④ 個人番号		⑤ 基礎年金番号			
	⑥ 住所	同居 別居	⑦ 外国籍		⑧ 外国人通称名	(フリガナ)
		〒	都道府県	市町村	番	号

C. 第3号被保険者	⑨ 該当	第3号被保険者になった日	7. 平成 年 月 日	理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離縁	備考
	⑩ 非該当(変更)	第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 年 月 日	理由	1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離縁 3. 収入増加 6. その他	
		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 3C 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			

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届出します。	
	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 平成 年 月 日 (第3号被保険者になった日)と同じ場合は、記載不要	
	所在地	〒
名称	記入不要	
代表者 等氏名		
電話		

該当・非該当のいずれかを丸で囲み、右側の欄をご記入ください。