

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	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	各会社(事業主)で記入いたします。	
	事業主氏名		
	電話番号		
事業主等 受付年月日	令和 年 月 日	社会保険労務士記載欄 氏名等	

A. (第2号被保険者) 配偶者欄	① 氏名	(フリガナ) 被保険者(従業員)	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 [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				

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 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)		② 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	③ 性別 (続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	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・別居	被保険者(従業員)ではなく、配偶者さまのお名前をご記入ください。 (日付等は健保の異動届と同じにしてください)		⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()	
	⑨ 第3号被保険者になった日	⑩ 配偶者加入制度	⑪ 第3号被保険者でなくなった日	⑫ 7. 平成 年 月 日 9. 令和 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()	

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	関西ペイント健康保険組合が証明します。	