

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。
	事業所所在地 〒 541 - 8564 大阪市中央区久太郎町 1-8-2
	事業所名称 小野薬品工業株式会社
	事業主氏名 事業主代理人 人事部長 亀澤 忍
電話番号 06(6263)5670	
事業主等 受付年月日	令和 年 月 日

日本年金機構
記入見本
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 (フリガナ) 氏名	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別 1. 男性 2. 女性
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 - 都道府県	④ 基礎年金番号	社員自身のことを記載します			

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 日本年金機構構理事長あて (フリガナ) (氏名)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別 1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
	住所	〒 - 1. 同居 2. 別居 ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。 ※海外居住者は国内協力者住所を記入してください。なお、協力者が既婚の場合は協力者氏名及び婚姻を配偶者に記入してください。	④ 基礎年金番号	配偶者のことを記載します				
	⑨ 該当	第3号被保険者になった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑩ 小野薬品健保に加入した場合	⑭ 備考
	⑪ 非該当(変更)	第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑬ 小野薬品健保を脱退した場合	⑭ 備考
	⑮ 理由	1. 海外特例要件該当 2. 海外特例要件非該当	⑯ 理由	9. 令和	年	月	日	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. 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	06273494
	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	〒 541 - 8526 大阪市中央区道修町 2-1-5
	名称	小野薬品健康保険組合
代表者等氏名	理事長 岡本 裕之 (印)	
電話	06(6222)5665	