

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

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。				
事業所名称					
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					
日本年金機構					

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日			年	月	日	③ 性別	
⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 -									

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 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)						② 生年月日		年	月	日	③ 性別 (続柄)			
								④ 個人番号 [基礎年金番号]								
		※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します						⑤ 外国籍			⑥ 外国人通称名 (フリガナ)					
								⑦ 住所			⑧ 電話番号					
							※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、協力者が親族の場合は協力者氏名及び続柄を併記して下さい。						⑯ 備考			
	該当		⑨ 第3号被保険者 になった日		年	月	日	⑩ 理由								
			⑪ 配偶者の 加入制度													
	非該当 (変更)		⑫ 第3号被保険者 でなくなった日		年	月	日	⑬ 理由								
	右の⑯～⑰の欄は、 海外へ転出した場合や 海外から転入した場合に いざれかにチェックを記 入してください。			1. 海外特例 要件該当	⑯ 海外特例要件に 該当した日	9. 令和	年	月	日	⑰ 理由						
				2. 海外特例 要件非該当	⑯ 海外特例要件に 非該当となった 日	9. 令和	年	月	日	⑰ 理由						

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(被保険者)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 〒 541 - 8526 大阪市中央区道修町2丁目1番5号			
	名称 小野薬品健康保険組合			
	代表者等氏名 理事長 高萩 聰 (印)			
	電話 06 (6222) 5665			