

〔記載例〕

・国民年金第3号被保険者資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)届書

※ 第3号被保険者(職員の配偶者)の年金手帳のコピーは必ず添付してください。

届書コード	処理区分	届書	国民年金第3号被保険者	資格取得・種別変更・種別確認(3号該当) 資格喪失・死亡届 氏名・生年月日・性別変更(訂正)	所長	次長	課長	係長	係員

第3号被保険者の配偶者欄	⑦ 配偶者の氏名 (氏) (名) 共 清 太 郎	⑧ 配偶者の生年月日 ★明.1 大.3 昭.5 平.7 2 5 0 5 0 1	⑨ 3号該当・非該当 ★ <input checked="" type="radio"/> 該当 非該当(変更)	⑩ 変更内容 非該当(変更)の場合 ★ 1.死亡 2.氏名変更(訂正) 3.生年月日訂正 4.性別訂正 5.その他
	⑪ 配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号 9 4 2 0 1 1 1 1 1 1	⑫ 共済番号表示 ※ 1. 配偶者共済番号表示 8 1 0 8 6 2 0	⑬ 郵便番号 8 1 0 8 6 2 0	⑭ 配偶者住所 ※住所コード (フガナ) フクオカシ チュウオウク テンジン 1-8-1 福岡市中央区天神1-8-1

第3号被保険者欄	⑮ 基礎年金番号又は手帳記号番号 7 5 1 0 1 2 3 1 2 3	⑯ 生年月日(訂正後) ★明.1 大.3 昭.5 平.7	⑰ 手帳記号番号	⑱ 資格取得・種別変更・種別確認の理由 ★ア.配偶者が被用者年金制度に加入 イ.配偶者の所属する年金制度等の変更 a.厚生年金保険→共済組合 b.共済組合→厚生年金保険 c.共済組合→共済組合 ウ.婚姻 エ.本人の離職(2号喪失) オ.本人の所得減少 カ.その他()	⑲ 第3号被保険者でなくなった理由 ★ 死亡 その他()											
	⑳ 被保険者氏名 (氏) (名) 共 清 花 子 (フガナ) キョウサイ ハナコ	㉑ 生年月日(訂正前) ★明.1 大.3 昭.5 平.7 2 5 0 6 1 0	㉒ 性別 ★ 男.1 女.2 女.2	㉓ 資格取得(種別変更・種別確認)年月日	㉔ 死亡等年月日	職員コード 〇〇〇〇〇										
㉕ 郵便番号	㉖ 被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入) ※住所コード (フガナ)	㉗ 氏名変更(訂正)年月日	㉘ 外国人区分 ★ 0.日本人 1.米国人(強制) 2.1以外の外国人	㉙ 被保険者通称名 (フガナ)	㉚ 種別(注) 3 6											
訂正後取得年月日・種別 ※ 年 月 日 ※ 1.第1号 第3号 2.任意		要年金手帳送付 ※ 1.宛名シール作成		送 信												
		<table border="1"> <tr> <td>(注) 30 第3号A(厚生年金保険・船員保険)</td> <td>36 第3号G(地方公務員共済組合)</td> </tr> <tr> <td>31 第3号A(厚生年金保険・健康保険)</td> <td>37 第3号J(日本私立学校振興・共済事業団)</td> </tr> <tr> <td>32 第3号C(国家公務員共済組合)</td> <td>38 第3号A(厚生年金保険・旧農林共済)</td> </tr> </table>		(注) 30 第3号A(厚生年金保険・船員保険)	36 第3号G(地方公務員共済組合)	31 第3号A(厚生年金保険・健康保険)	37 第3号J(日本私立学校振興・共済事業団)	32 第3号C(国家公務員共済組合)	38 第3号A(厚生年金保険・旧農林共済)	事業主等受付年月日		<table border="1"> <tr> <td>※ 社会保険事務所 受付印</td> <td>被扶養者認定</td> </tr> <tr> <td></td> <td>被扶養者認定年月日</td> </tr> </table>	※ 社会保険事務所 受付印	被扶養者認定		被扶養者認定年月日
(注) 30 第3号A(厚生年金保険・船員保険)	36 第3号G(地方公務員共済組合)															
31 第3号A(厚生年金保険・健康保険)	37 第3号J(日本私立学校振興・共済事業団)															
32 第3号C(国家公務員共済組合)	38 第3号A(厚生年金保険・旧農林共済)															
※ 社会保険事務所 受付印	被扶養者認定															
	被扶養者認定年月日															

配偶者が基礎年金番号を持っていない場合のみ加入年金制度の組合(保険者)番号を記入してください。

㉛ 組合(保険者)番号

上記のとおり被保険者から第3号関係の届書がありましたので提出します。

○ 届書記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者のものに相違ないことを確認する。

平成 年 月 日提出

(事業主等) 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 (局) 印番

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

○ 届書記載の被保険者は、健康保険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

(資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は記載の必要はありません。)

平成 年 月 日提出

(医療保険者) 所在地 名称 代表者等氏名 電話 (局) 印番

この届書記載のとおり提出します。

社会保険事務所長 殿

平成 18 年 月 日提出

(届出人) 〒810-8620 福岡市中央区天神1-8-1 共清 花子 印
住所 氏名 電話番号 092 (123局) 4567 番

〔記入上の注意点〕

- 「第3号被保険者の配偶者欄」の注意点
 - ※職員ご本人について記入してください。
 - ⑦ 配偶者基礎年金番号 ……職員ご本人の基礎年金番号を記入します。
- 「第3号被保険者欄」の注意点
 - ※職員の配偶者について記入してください。
 - ⑨ 資格取得・種別変更・種別確認の理由 …… 該当理由に○を、その他の場合は()内に理由を記入してください。
 - ⑱ 資格取得(種別変更・種別確認)年月日 …… 記入しないでください。
 - ㉚ 種別 …… 職員の加入年金制度の種別(数字)を記入します。(注)を参照
〔第3号G(地方公務員共済組合)は『36』〕
- 「届出確認欄」の注意点
 - 事業主等 ……記入しないでください。
 - 医療保険者 ……記入しないでください。
 - 届出人 ……職員の配偶者の住所・氏名・電話番号記入の上、押印してください。