

記入例① 第3号被保険者に該当した場合

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



機械処理をするので、消込等しないでください。

令和 ○年 4月 1日提出

共济組合への送付する日を提出日Iにしてください。

提出者情報

事業所所在地	〒 -
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 4月 1日

組合員について記入してください。

下記A及びB欄の基礎年金番号等に誤りがないことを確認し、所属所において記入をしてください。
なお、公印は不要です。

受付年月日＝組合員から提出を受けた日

社会保険労務士記載欄

氏名等

日本年金機構

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しないでください。)
10桁左詰めでの記入になります。

A. (第2号被保険者)

① 氏名	(フリガナ) キョウサイ サブロー	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 ○ ○ 年 月 日 7 1 0	③ 性別	1. 男性 2. 女性
④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 6 3 9 9 9 9 8 8	⑤ 住所	〒 950 - 9876 新潟 都道府県 新潟市医療町2丁目3番4号		

住民票の住所を記入してください。

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しないでください。)
10桁左詰めでの記入になります。

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。

被扶養配偶者について記入してください。

B. 第3号被保険者欄

① 氏名	令和 ○年 4月 1日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) キョウサイ ハナコ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 ○ ○ 年 月 日 8 5	③ 性別 (候補)	1. 夫(未届) 2. 妻(未届) 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)
④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 5 1 9 9 9 9 9 9	⑤ 外国籍			
⑦ 住所	〒 950 - 9876 新潟県新潟市医療町2丁目3番4号	⑧ 電話番号	025(999)9999		
⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成 9. 令和 ○ 年 月 日 4 1	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他		
⑪ 配偶者の加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合 36. 地方公務員等共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団	⑬ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和 ○ 年 月 日		
⑫ 非該当(変更)	1. 海外特例要件該当 2. 海外特例要件非該当	⑭ 備考	123-111		
⑮ 海外特例要件該当	9. 令和 ○ 年 月 日	⑯ 理由	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他		
⑰ 海外特例要件非該当	9. 令和 ○ 年 月 日	⑱ 理由	1. 国内転入(令和 ○ 年 月 日) 2. その他		

同居・別居を問わず、住民票の住所を必ず記入してください。

組合員等記号・番号を記入してください。

雇用保険支給終了による場合は、5. その他(雇用保険支給終了)としてください。

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济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	
代表者等氏名	
電話	()

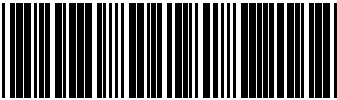
この欄は共济組合記入欄であるため、記入しないでください。

記入例② 第3号被保険者に該当しなくなった場合

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 〇年 4月 1日提出

提出者情報	事業所所在地	〒 ー	
	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 〇年 4月 1日	
		社会保険労務士記載欄	日本年金機構
		氏名等	(印)

A. (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ サブロー	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 〇 〇 年 月 日 ③ 性別 1. 男性 2. 女性
		共済 三郎	④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 6 3 9 9 9 9 8 8
	⑤ 住所	〒 950 ー 9876 新潟 都道府県 共済市医療町2丁目3番4号		

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しなくても構いません。)
10桁左詰めでの記入になります。

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しなくても構いません。)
10桁左詰めでの記入になります。

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 〇年 4月 1日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共済花子		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 〇 〇 年 月 日 ③ 性別 1. 夫(未婚) 2. 妻(未婚) 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)
		※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□		④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 5 1 9 9 9 9 9 9
	⑦ 住所	〒 950 ー 9876 新潟県共済市医療町2丁目3番4号		⑤ 外国籍	外国人通称名
		①. 同居 ②. 別居 ※同居の場合は住民票の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せて記入してください。 ※海外居住者は国内協力者住所を記入してください。		⑥ (フリガナ)	
		⑧ 電話番号		1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 025(999)9999	
	⑨ 第3号に該当する	被扶養者取消の場合は、非該当を○で囲んでください。		⑩ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離婚 4. 収入減少 5. その他
	⑪ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 9. 令和 〇 年 月 日 ⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()		
⑭ 備考	123-111				
⑮ 海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを○で囲み、記入してください。	1. 海外特例要件該当 2. 海外特例要件非該当		⑯ 理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻 5. その他()		
⑰ 海外特例要件に該当した日	9. 令和 年 月 日		⑱ 理由 1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()		

組合員等記号・番号を記入してください。

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載 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	〒 ー	
	名称		
代表者等氏名			
電話	()		

医療 保 険 者 記 入 欄	組合（保険者）		
	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			
代表者 等氏名			
電 話	()		

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 〇年 4月 1日提出

提出者情報	事業所所在地	〒 ー	
	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 〇年 4月 1日	
		社会保険労務士記載欄	
		氏名等	(印)
		日本年金機構	

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しないでください。)
10桁左詰めでの記入になります。

A. (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ サブロー	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	〇〇	7	1	0	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 6 3 9 9 9 9 8 8								
⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 950 ー 4999 新潟 都道府県 共済市医療町2丁目3番4号									

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しないでください。)
10桁左詰めでの記入になります。

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 〇年 4月 1日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共 済 花 子 (印)		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	〇〇	8	5	③ 性別 (候補)	1. 夫(未婚) 2. 妻 3. 夫(未婚) 4. 妻(未婚)			
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 5 1 9 9 9 9 9 9											
	⑤ 住所	〒 940 ー 4989 長岡市保険町2丁目6番地1 共済一郎 様方		⑥ 外国人 通称名	(フリガナ)								
	⑦ 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、協力者が親族の場合は協力者氏名及び続柄を併せて記入してください。		⑧ 電話 番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 025(999)9999								
	⑨ 第3号被保険者 になった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()						
	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 30.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											
⑫ 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()							
⑭ 備考	123-111 海外特例要件該当のときに記入してください。 【記入例】 海外住所: ○○○○ ○○○○○○○○ 国内協力者: 共済一郎(父)												
⑮ 海外特例要件該当	右の⑮～⑯の欄は、 海外へ転出した場合や 海外から転入した場合に いずれかを○で囲み、記 入してください。		1. 海外特例 要件該当		海外特例要件に 該当した日		9. 令和	〇	4	1	理由	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動	4. 海外婚姻 5. その他()
⑯ 海外特例要件非該当	2. 海外特例 要件非該当		海外特例 非該当		9. 令和		年	月	日	理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()		

組合員等記号・番号を記入してください。

健康保険証の発行元に確認を受けてください。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		
	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	〒 ー	
	名称		
代表者 等氏名			
電 話	()		

記入例⑤ 海外特例に非該当となった場合（帰国）

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 〇年 4月 1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。	
	事業所名称	〒 ー	
	事業主氏名		
	電話番号	()	
事業主等 受付年月日		令和 〇年 4月 1日	
		社会保険労務士記載欄	日本年金機構
		氏名等	(印)

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しないでください。)
10桁左詰めでの記入になります。

A. (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ サブロー	② 生年月日	5. 昭和 〇〇 年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
		共済 三郎	④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 6 3 9 9 9 9 8 8		
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 950 - 4999 新潟 都道府県 共済市医療町2丁目3番4号				

必ず基礎年金番号を記入してください。
(個人番号は記入しないでください。)
10桁左詰めでの記入になります。

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 〇年 4月 1日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共済花子 (印)		② 生年月日	5. 昭和 〇〇 年 月 日	③ 性別 (候補) 1. 夫(未届) 2. 妻(未届) 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)	
	⑦ 住所	〒 950 - 4999 新潟県共済市医療町2丁目3番4号		④ 個人番号 [基礎年金番号]	3 2 5 1 9 9 9 9 9 9	⑤ 外国籍	外国人通称名
	⑨ 該当	⑩ 理由	⑪ 備考	123-111			
	⑫ 非該当(変更)	⑬ 理由					
	⑭ 理由		⑮ 理由				
	⑯ 理由		⑰ 理由				
	⑱ 理由		⑲ 理由				

組合員等記号・番号を記入してください。

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内容に照らして記入してください。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険被保険者であることを確認する。	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)	
	認定年月日	令和 年	
	所在地	〒 ー	
	名称		
	代表者等氏名		
電話	()		

海外特例に該当しなくなった場合には、2. 海外特例要件非該当を○で囲み⑱に該当内容を記入してください。