

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 〇〇年 〇月 〇〇日提出

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。 〒 680 - 〇〇〇〇 鳥取県〇〇市△△町123番地1	日本年金機構
	事業所名称	〇〇市役所	
	事業主氏名	〇〇市長〇〇 〇〇	
	電話番号	0859 (11) △〇△〇	
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. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 氏名 共済 太郎	② 生年月日	⑤ 昭和 年 月 日 7. 平成 4 9 0 5 2 4 ③ 性別 ① 男性 2 女性
	④ 個人番号(基礎年金番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	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) トットリケン 〇〇シ 〇〇チョウ オバンチ〇 △△マンション101ゴウシツ 〒 681 - 0123 鳥取 都道府県 〇〇市 〇〇町 〇番地〇 △△マンション101号室	

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	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 日本年金機構理事長 様 (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共済 花子 ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します <input checked="" type="checkbox"/>	② 生年月日	⑤ 昭和 年 月 日 7. 平成 5 0 1 0 1 2 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)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	⑥ 外国籍	⑦ 住所	⑧ 電話番号	(フリガナ) ① 自宅 ② 携帯 ③ 勤務先 ④ その他 0859 (22) △△△△
	⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成 〇 〇 〇 4 〇 1 9. 令和	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 ()	⑭ 備考	
	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 30. 厚生年金保険・船員保険	⑫ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日		⑬ 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(保険者)番号	32310419
	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	〒 680 - 0846 鳥取県鳥取市扇町32番地 扇町扶桑ビル2階
名称	鳥取県市町村職員共済組合	
代表者等氏名	理事長	
電話	0857-26-2341	

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 〇〇年 〇月 〇〇日提出

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。 〒 680 - 〇〇〇〇 鳥取県〇〇市△△町123番地1		日本年金機構
	事業所名称	〇〇市役所		
	事業主氏名	〇〇市長〇〇 〇〇		
	電話番号	0859 (11) △△△〇		
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. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎	② 生年月日	⑤ 昭和 年 月 日 7. 平成 4 9 0 5 2 4	③ 性別	① 男性 2 女性
	④ 個人番号(基礎年金番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
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) トットリケン 〇〇シ 〇〇チョウ オバンチ〇 △△マンション101ゴウシツ 〒 681 - 〇123 鳥取 都道府県 〇〇市 〇〇町 〇番地〇 △△マンション101号室					

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	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 日本年金機構理事長 様 (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏名) 共済 花子 ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します <input checked="" type="checkbox"/>		② 生年月日	⑤ 昭和 年 月 日 7. 平成 5 0 1 0 1 2	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)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8					
	⑦ 住所	⑧ 電話番号		⑥ 外国人通称名 (フリガナ) 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 0859 (22) △△△△			
	⑨ 第3号被保険者になった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 ()		⑭ 備考	
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 30. 厚生年金保険・船員保険						
⑫ 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和 〇 〇 〇 4 〇 1	⑬ 理由	1. 死亡(令和 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	32310419		
	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	〒 680 - 0846 鳥取県鳥取市扇町32番地 扇町扶桑ビル2階		
	名称	鳥取県市町村職員共済組合		
代表者等氏名	理事長			
電話	0857-26-2341			