

黄色部分は、必ず記入等していただく欄となります。
★印の箇所は、該当する項目の数字等を○でかこんでください。

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)
被扶養配偶者非該当

事務センター長 所長	副事務センター長 副所長	グループ長 課長	担当者

届書コード	処理区分

国民年金第3号被保険者

組合員について記入してください。

3号該当者について記入してください。

ただし、20歳未満又は60歳以上の方は提出が不要です。また、配偶者が被用者年金制度(厚生年金、共済組合等)に加入している場合は、この届書を提出してください。

③第3号被保険者等の配偶者欄	①配偶者の氏名		②配偶者の生年月日		③第3号該当 非該当	④変更内容 非該当(変更)の場合
	(氏)フリガナ キョウサイ (名)フリガナ タロウ 共済 太郎		年 月 日 5 5 1 0 1 0		★ 該当 非該当(変更)	★ 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
⑤配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		⑥共済番号表示	⑦郵便番号		⑧配偶者住所 (備考)	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		※ 1. 配偶者共済番号表示	3 7 0 0 0 0 0 0		※住所コード (フリガナ) グンマケン〇〇ケン〇〇マチ1-234 群馬県〇〇郡〇〇町1-234	

①基礎年金番号又は手帳記号番号		②生年月日(訂正後)		③手帳記号番号	④資格取得・種別変更・種別確認の理由	⑤被扶養配偶者でなくなった理由
1 2 3 4 1 1 1 1 1 1 1		★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日		送	★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 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()	★06. 死亡(平成 年 月 日死亡) 03. その他()
⑥被保険者氏名		⑦生年月日(訂正前)		⑧性別	⑨資格取得(種別変更・種別確認)年月日	⑩被扶養配偶者でなくなった日
(氏)フリガナ キョウサイ ハナコ 共済 花子		★ 明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日		★ 男1 女2	年 月 日	年 月 日

⑪郵便番号		⑫被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入)		⑬氏名変更(訂正)年月日	⑭外国人区分	⑮被保険者通称名	⑯種別(注)	⑰強制付番指定
		※住所コード (フリガナ) 同居		年 月 日	★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	(フリガナ)		※ 1. 強制付番指定
訂正後取得年月日・種別		要年金手帳送付	受給権確認表示	納付書抑止表示		送信		
※ 年 月 日 ※		※ 1. 第1号 第3号 2. 任意	※ 下記以外は省略 1. 65歳以上の扶養配偶者が受給権を有しないと確認された場合	※ 1. 納付書作成しない		送信		

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。

⑱組合(保険者)番号

所属所長の証明を必ず受けてください。

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。

○届書記載の基礎年金番号・年金制度の記号番号は、当該配偶者等のものに間違いないことを確認する。

平成〇〇年 〇月 〇日届出

〒〇〇〇-〇〇〇〇

事業所所在地 群馬県〇〇郡〇〇町〇〇番

(事業所名称) 〇〇町役場

事業主氏名 〇〇町長 赤城 一郎

電話 〇〇〇〇(〇〇局) 〇〇〇〇番

所属所長之印

基礎年金番号の他に年金手帳番号を持っている場合に記入してください。

所属所の受付印を押印してください。



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。

○第3号該当の届出の場合、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

所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇

(医療保険者) 代表者等氏名 〇〇町長 赤城 一郎

電話 〇〇〇〇(〇〇局) 〇〇〇〇番

この届書 日本年 平成〇〇年 〇月 〇日提出

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

群馬県〇〇郡〇〇町1-234

氏名 共済 花子

電話番号 〇〇〇〇(〇〇局) 〇〇〇〇番

3号の印

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

黄色部分は、必ず記入等していただく欄となります。
★印の箇所は、該当する項目の数字等を○でかこんでください。

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)
被 扶 養 配 偶 者 非 該 当

届書コード	処理区分

国民年金第3号被保険者

組合員について記入してください。

⑦配偶者の氏名 (氏)フリガナ キョウサイ (名)フリガナ タロウ 共済 太郎		⑧配偶者の生年月日 ★明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 1 0 1 0		⑨第3号該当 非該当 ★ 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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		⑫配偶者住所 ※住所コード (フリガナ) グンマケン〇〇グン〇〇マチ1-234 群馬県〇〇郡〇〇町1-234			

被扶養配偶者でなくなった理由を記載してください。(収入が基準額を超えた、離婚した等)

⑬基礎年金番号又は手帳記号番号 1 2 3 4 1 1 1 1 1 1 1		⑭生年月日(訂正後) ★明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日		⑮手帳記号番号 送 信	⑯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 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() 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	⑰被扶養配偶者でなくなった理由 06. 死亡(平成 年 月 日死亡) 03. その他(収入が扶養認定基準額を超えたため)
⑱被保険者氏名 (氏)フリガナ キョウサイ (名)フリガナ ハナコ 共済 花子		⑲生年月日(訂正前) ★明.1 大.3 昭.5 平.7 5 6 0 3 2 6		⑳性別 ★ 男1 女2	㉑資格取得(種別変更・種別確認)年月日 年 月 日	㉒被扶養配偶者でなくなった日 年 月 日
㉓郵便番号		㉔被保険者住所(配偶者と別居の場合のみ記入) ※住所コード (フリガナ) 同居		㉕氏名変更(訂正)年月日	㉖外国人区分 ★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	㉗被保険者通称名 (フリガナ)

所属所の受付印を押印してください。

基礎年金番号の他に年金手帳番号を持っている場合に記入してください。



年金事務所	被扶養者認定
受付印	
	被扶養者認定年月日

3号該当者について記入してください。

訂正後取得年月日・種別	要年金手帳送付	受給権確認表示	納付書抑止表示	送 信
※ 年 月 日 ※	※	※下記以外は省略 1. 65歳以上の扶養配偶者が受給権を有さないことを確認された場合	※	
1. 第1号 第3号 2. 任意	1. 宛名シール作成		1. 納付書作成しない	

⑳組合(保険者)番号

所属所長の証明を必ず受けてください。

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。

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

平成〇〇年 〇月 〇日提出

〒〇〇〇-〇〇〇〇

事業所所在地 群馬県〇〇郡〇〇町〇〇番

(事業所名称) 〇〇町役場

事業主氏名 〇〇町長 赤城 一郎

電話 〇〇〇〇(〇〇局) 〇〇〇〇番

所属所長之印

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。

○第3号該当の届出の場合、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

所在地 〒 -

(医療保険者) 代表者等氏名 印

電話 (局) 番

この届 日本年 平成〇〇年 〇月 〇日提出

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

群馬県〇〇郡〇〇町1-234

(届出人) 氏名 共済 花子

電話番号 〇〇〇〇(〇〇局) 〇〇〇〇番

3号の印