



平成 XX 年 XX 月 XX 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。 〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 XXX 番地 XXXX | |
| | 事業所名称 | 〇〇市役所 | |
| | 事業主氏名 | 〇〇市長 〇〇 〇〇 | 〇〇県 〇〇市 長之印 |
| | 電話番号 | XXX (XXX) XXXX | |
| 事業主等 受付年月日 | 平成 XX 年 XX 月 XX 日 | | |

記入例【非該当】

事業主の確認(印)、提出日及び受付日の記入が必要となります。

| |
|--------|
| 日本年金機構 |
|--------|

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 氏名等 |

| | | | | | | | |
|----------------------|---|-------------------------|--------|----------------|-------------|------|-------------|
| A. (第2号被保険者) 欄 | ① 氏名 | (フリガナ) キョウサイ 太郎 | ② 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 | 0 5 1 2 0 1 | 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) 〒 - 都道府県 | | | | | | |

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. 保第 3号 者号 欄被 | ① 氏名 | この届書記載のとおり届出します。 平成 XX 年 XX 月 XX 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 | 0 6 1 0 1 0 | ③ 性別 (続柄) | 1. 夫 2. 妻 3. 夫(未届) 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 | ⑤ 同居 別居 | 〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 XXXX 番地 XXX 〇〇ハイツXXX号 | ⑥ 外国籍 | ⑧ 外国人 通称名 | ⑨ 電話番号 | ⑩ 1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 XXX (XXX) XXXX |
| | ⑪ 第3号被保険者 になった日 | 7. 平成 | 理由 | 1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 | | | |
| ⑫ 第3号被保険者 でなくなった日 | 7. 平成 | 理由 | 1. 死亡(平成 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。

| | | | |
|----------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 者医 記療 入保 欄険 | 組合(保険者)番号 | 32280414 | |
| | 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 | 平成 年 月 日 | (⑩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 | 〒 650 - 0011 兵庫県神戸市中央区下山手通4丁目16番3号 | |
| 代表者 等氏名 | ◎ | | |
| 電話 | 078-321-0621 (代表) | 078-321-0310 (保健課) | |