

【取消の場合の記入例】（例）組合員（共済 太郎）の配偶者（共済 花子）の被扶養を取消する場合

5281

届書コード	処理区分

資格取得・種別変更・種別確認（3号該当）

資格喪失・死亡届
生年月日・性別変更（訂正）
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

国民年金第3号被保険者

組合員（職員）について記

◎ 第3号被保険者等の配偶者欄
◎ 共済組合の被扶養者に関する届出をする方のうち、ただし、20歳未満又は60歳以上の方は提出は不要です。また、配偶者が被用者年金制度（厚生年金、加入し被扶養者でなくなった場合についても提出は不要です。◎裏面を必ずお読みのうえで記入してください。

⑦配偶者氏名 (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 0 0 4 0 1	⑨第3号該当 非該当 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 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	⑫配偶者住所 ※住所コード (フリガナ) ナラン〇〇チョウ〇バンチ〇 奈良市〇〇町〇番地〇	⑬備考	

第3号被保険者であった配偶者について記入。

⑭基礎年金番号又は手帳記号番号 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	⑮生年月日 (訂正後) 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 0 5 0 1	⑯性別 男1 男1	⑰資格取得 (種別変更・種別確認) の理由 1. 本人の離職 (2号喪失) 2. 本人の所得減少 3. 本人の所得減少 4. その他 ()	⑱被扶養配偶者でなくなった理由 ★06. 死亡 (年 月 日死亡) 03. その他 ()
⑲被保険者氏名 (フリガナ)キョウサイ (名)ハナコ 共済 花子	⑳生年月日 (訂正前) 明.1 大.3 昭.5 平.7 5 5 0 5 0 1	㉑性別 男1 男1	㉒資格取得 (種別変更・種別確認) 年月日 1. 米国人 (強制) 2. 1以外の外国人	
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)	㉕氏名変更 年 月 日	㉖強制付番 指定	
訂正後取得年月日・種別 ※ 年 月 日 ※	要年金手帳送付 ※ 年 月 日 ※	受給権確認表示 ※ 年 月 日 ※	納付書抑止表示 ※ 年 月 日 ※	

本庁各課及び水道局、各事務所等出先機関に
配属の場合は空欄にしてください。それ以外の
所属の場合には受付印を押印してください。

本庁各課及び水道局、各事務所等出先機関に
配属の場合は空欄にしてください。それ以外の
所属の場合には記入、押印が必要です。

届出人は第3号被保険者であった
配偶者名で記入・押印。
死亡の場合は、組合員（職員）名で記入・押印。

上記のとおり被保険者から第3号関係の届 ○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 提出します。 月 日 提出 〒 局 事業所所在地 (事業所名称 事業主氏名 電話 (局) 番	提出します。 月 日 提出 〒 局 事業所所在地 (事業所名称 事業主氏名 電話 (局) 番
---	---

上記のとおり被保険者から第3号関係 ○第3号該当の届出の場合、記載の被保険者は、被 被扶養者であることを確認する。 認定年月日 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。) 〒 局 所在地 (医療保 名称 代表者等氏名 電話 (局) 番	提出します。 月 日 提出 〒 局 事業所所在地 (事業所名称 事業主氏名 電話 (局) 番
---	---

事業所 日	※ 年金事務所 受付印 被扶養者認定 被扶養者認定年月日
氏名 電話番号	〇 年 〇 月 〇 日 提出 〒 局 事業所所在地 (事業所名称 事業主氏名 電話 (局) 番