

| | | |
|-------|------|----|
| 届書コード | 処理区分 | 届書 |
| | | |

国民年金第3号被保険者

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

5281

| | | | |
|----------------|-------------------|--------------|-----|
| 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 |
| | | | |

組合員(職員)の
情報を記入してください

| | | | | | |
|------------------|---|--|----------------------------------|---|---------------------|
| 第3号被保険者の 配偶者欄 | ⑦ 配偶者(組合員)の氏名 (フリガナ) キョウサイ タロウ (氏)(名) 共済 太郎 | ⑧ 配偶者(組合員)の生年月日 ★明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7 3 1 1 0 1 3 | 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 ★ 死亡 ○ 氏名変更(訂正) ○ 生年月日訂正 ○ 性別訂正 ○ その他 | 職員番号 1 2 3 4 5 6 |
| | ⑪ 配偶者(組合員)の基礎年金番号又は手帳記号番号 9 4 2 0 0 1 2 3 4 5 | ⑫ 共済番号表示 ※ 1. 配偶者共済番号表示 6 5 8 8 5 7 0 | ⑬ 郵便番号 6 5 8 8 5 7 0 | ⑭ 配偶者(組合員)の住所 ※住所コード (フリガナ) コウベン ヒガシナタク スミシヒガシマチ 神戸市東灘区住吉東町5丁目2番1号 | 備考 |

組合員の配偶者の
情報を記入してください

| | | | | | |
|------------------|--|--|---|--|--|
| 第3号被保険者の 配偶者欄 | ⑮ 基礎年金番号又は手帳記号番号 4 2 5 3 7 8 9 1 2 3 | ⑯ 生年月日(訂正後) ★明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7 3 0 1 1 2 3 | ⑰ 手帳記号番号 0 1 1 0 1 8 | ⑱ 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等に加えられたこと イ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 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 ウ. 婚姻 エ. 本人の職(2号喪失) オ. 本人の所得減少 カ. その他 | ⑲ 第3号被保険者でなくなった理由 ★ 06. 死亡(令和 年 月 日死亡) 03. その他 () |
| | ⑲ 氏名 (フリガナ) キョウサイ ハナコ (氏)(名) 共済 花子 | ⑳ 生年月日(訂正前) ★明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7 3 0 1 1 2 3 | ㉑ 性別 ★男 1 女 2 2 | ㉒ 資格取得(種別変更・種別確認)年月日 年 月 日 | ㉓ 被扶養配偶者でなくなった日 年 月 日 |
| | ㉔ 郵便番号 | ㉕ 住所(配偶者(組合員)と別居の場合のみ記入) ※住所コード (フリガナ) | ㉖ 氏名変更(訂正)年月日 | ㉗ 外国人区分 ★ 0. 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人 | ㉘ 通称名 (フリガナ) (氏)(名) |
| | 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 | ※ 1. 宛名シール作成 | ※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 | |

死亡以外の理由(国外に居住する配偶者が被扶養者でなくなるとき)で届け出る場合は
組合員の配偶者の年金手帳(または基礎年金番号通知書)のコピーを添付してください。
※ 基礎年金番号が記載されているページ

所属が
水道局・交通局・外郭団体等(独立行政法人含む)・・・所属長
その他の所属・・・行財政局総務事務センター長
(学校の場合は学校長)

み加入年金制度の組合(保険者)番号を記入してください。

| | |
|----------------------|-------------------------|
| 30 第3号A(厚生年金保険・船員保険) | 36 第3号G(地方公務員等共済組合) |
| 31 第3号A(厚生年金保険・健康保険) | 37 第3号J(日本私立学校振興・共済事業団) |
| 32 第3号C(国家公務員共済組合) | 38 第3号A(厚生年金保険・旧農林共済) |

「届出人」欄には、組合員の配偶者の
氏名等を記入してください。
(組合員の配偶者の死亡による届出の場合は、
組合員の氏名等を記入・押印してください。)

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。
記載の基礎年金番号又は年金制度の記号番号は当該配偶者(組合員)の
相違ないことを確認する。

令和元年11月25日提出
所属長の証明をお願いします。(私印)

〒 650 - 8570
神戸市中央区加納町6丁目5番1号

神戸市〇〇〇〇局〇〇部〇〇課
〇〇課長 〇〇 〇〇

(事業主) 電話 078 (331局) 8181 番

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 令和 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。)

〒 650-0034
所在地 神戸市中央区京町72番地 新クレセントビル9階

名称 神戸市職員共済組合

代表者等氏名 〇〇 〇〇

(医療保険者) 電話 078 (322局) 5108 番

被扶養者認定年月日

令和元年11月24日提出
組合員の配偶者本人による
署名の場合は押印不要です。

〒 650 - 8570
神戸市東灘区住吉東町5丁目2番1号

届出人 氏名 共済 太郎

電話 078 (841局) 4131 番