

国内に住む20歳以上60歳未満の人は全員、国民年金に加入することになっています。就職により厚生年金に加入する場合は第2号被保険者になりますが、その他の理由で被扶養者資格を喪失する場合は、第1号被保険者として、個人での国民年金保険料の負担が必要になります。

カネカ健康保険組合発行の『健康保険資格喪失証明書』によりお住まいの市（区）役所において、第1号被保険者加入手続きの実施が必要です。


尚、20歳未満60歳以上の方や第2号被保険者になられた方（ご就職先から新しい保険証を発行される方）は国民年金に関する書類の提出は不要です。

2020年4月1日から、第3号被保険者の要件に「日本国内に住所があること」が追加されました。海外特例要件（海外赴任する被保険者の同行者等）に該当しなくなった場合は、健康保険被扶養者資格喪失手続及び国民年金第3号被保険者非該当届出が必要です。

【手続き方法】

健康保険扶養削除の手続き時に『第3号被保険者関係届』『マイナンバーの確認ができる書類（※）』を事業主経由でカネカ健康保険組合へ提出して下さい。

※第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面コピーまたはマイナンバーが確認できる書類（通知カード、個人番号の表示がある住民票）の写し

様式コード	国民年金	第3号被保険者関係届	
4 3 0 0			

令和 年 月 日提出

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。

日本年金機構

A欄に被保険者の情報、B欄に被扶養者となる配偶者の情報をご記入下さい。
ご記入後、マイナンバーの確認ができる書類とともに封筒に封入・封緘し、ご提出下さい。

【提出先】
株式会社カネカ在籍者 …カネカ健康保険組合（社内便可）
関係会社 в籍者 …事業所健康保険事務担当部署

被保険者について
ご記入下さい

A. (第2号被保険者) 配偶者欄	① 氏名	(フリガナ) カネカ ケンコウ 鐘化 健康	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	5 9 0 1 2 1	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号 [基礎年金番号]	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9					
⑤ 住所	〒 530 - 8288 大阪 都道 大阪府 大阪市北区中之島2-3-18						

配偶者（健康保険の被扶養者）についてご記入下さい

マイナンバー（12桁）を記載してください。マイナンバーが発行されていない場合は、ご連絡下さい

B. 第3号被保険者欄	氏名	令和 2 年 4 月 2 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) カネカ ホケン 鐘化 保健	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	5 9 0 2 2 3	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]	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8					
	住所	〒 530 - 8288 大阪府 大阪市北区中之島2-3-18 電話番号 06 (6226) 5034					
	⑤ 理由	1. 配偶者の就労 2. 収入減少 3. 離婚 4. その他 5. 死亡 6. 死亡(令和 年 月 日) 7. 離婚 8. 収入増加 9. その他					
⑥ 備考	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外帰国 5. その他 6. 国内転入(令和 年 月 日) 7. その他						

必ずチェックを入れてください

記入不要

非該当(変更)

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 年 月 日提出

提出者情報	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。	日本年金機構
	事業所所在地 〒 -	
	事業所名称 事業主氏名 (印) 電話番号 ()	
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 (印)		

A. (第2号被保険者) 配偶者欄	① 氏名 (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 個人番号 [基礎年金番号]					
⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 - 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. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名) (印)		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別 (更新)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)	
	④ 個人番号 [基礎年金番号]								
	⑤ 外国籍	⑥ 外国人 通称名	(フリガナ)						
	⑦ 住所	1. 同居 2. 別居	〒 -	⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()				
	⑨ 該当 第3号被保険者 になった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()		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			
⑮ 非該当 (変更) 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑯ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()					
右の⑮~⑰の欄は、 海外へ転出した場合や 海外から転入した場合	⑰ 1. 海外特例 要件該当	⑱ 海外特例要件に 該当した日	9. 令和	年 月 日	⑲ 理由	1. 留学 4. 海外婚姻 2. 同行家族 5. その他() 3. 特定活動			
	⑲ 2. 海外特例 要件非該当	⑳ 海外特例要件に 非該当となった日	9. 令和	年 月 日	⑲ 理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. 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	
	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	〒 -
	名称 代表者 等氏名 電話	(印) ()