

届出コード	※処理区分	届出
2 1 1	1. 同一市区町村内 2. 同一市区町村外	

国民年金被保険者住所変更届 ア
(同一市区町村内)
(同一市区町村外)

《記入例》
 記入については、全て第3号被保険者について記入してください。

ア 該当するものを○で囲んでください。

イ 変更となった住所の郵便番号を記入してください。

ウ 変更後の住所を記入してください。

エ 住所が変更となった日を記入してください。

オ 変更前の住所を記入してください。

カ 届出人住所、氏名等を記入してください。

(注)
 記入後は、配偶者(第2号被保険者)の事業主等を経由し届け出てください。

① 年金手帳の基礎年金番号					② 生 年 月 日					送 信				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		★ 1. 明治 3. 大正 ⑤ 昭和 7. 平成	年	月	日
③ 郵便番号					④ ① 住 所					⑤ 住所変更(訂正)年月日			送 信	
3	8	0	8	5	1	1	※住所コード (フリガナ) ナガノシゼンコウジ1585-2 長野市善光寺1585-2					年		月
⑥ (フリガナ)		ネキン		ハナコ		⑦ (フリガナ)		ナガノシハクバマチ20-1 ハクバレジデンス201						
被保険者氏名		年金		花子		旧住所		長野市白馬町20-1 白馬レジデンス201						
備 考														

- (注意)
- 文字は、ボールペンを用いて楷書ではっきり記入してください。
 - ★印の箇所は、該当する項目の数字等を○で囲んでください。
 - ※印の箇所は、記入しないでください。
 - 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

事業主等 受付年月日	社会保険事務所 受付印

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。

平成 年 月 日提出

〒 -

(事業主等所在地)

(事業主等名称)

(事業主等氏名)

(電 話 (局) 印 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。

平成 年 月 日提出

〒 -

(医療被保険者等所在地)

(事業主等名称)

(事業主等氏名)

(電 話 (局) 印 番)

この届書記載のとおり届出します。

社会保険事務所長 殿

平成14年10月 1日提出

(住所 〒380 -8511
長野市善光寺1585-2 印)

(届出人氏名 年金 花子 印)

(電話番号 026 (225 局) 3513 番)

届出コード			処理区分		届出
2	1	1	1.同一市区町村内 2.同一市区町村外		

国民年金被保険者住所変更届 (同一市区町村内) (同一市区町村外)

年金手帳の基礎年金番号						生 年 月 日				送 信	
						1.明治 3.大正 5.昭和 7.平成	年	月	日		
郵便番号				住 所				住所変更(訂正)年月日			送 信
				住所コード	(フリガナ)				年	月	
(フリガナ)						(フリガナ)					
被保険者氏名						旧住所					
備 考											

(注意)

- 1.文字は、ボールペンを用いて楷書ではっきり記入してください。
2. 印の箇所は、該当する項目の数字等を で囲んでください。
3. 印の箇所は、記入しないでください。
- 4.被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

事業主等 受付年月日	社会保険事務所 受付印

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。

平成 年 月 日提出

〒 -

(事業主等) 事業主等所在地

(事業主等) 事業主等名称

(事業主等) 事業主等氏名

(事業主等) 電 話 (局) 印 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。

平成 年 月 日提出

〒 -

(医療保険者等) 事業主等所在地

(医療保険者等) 事業主等名称

(医療保険者等) 事業主等氏名

(医療保険者等) 電 話 (局) 印 番

この届書記載のとおり届出します。

社会保険事務所長 殿

平成 年 月 日提出

住 所 〒 -

(届出人) 氏 名 印

(届出人) 電話番号 (局) 番