

様式コード
2 2 0 0

健康保険 被保険者資格取得届
厚生年金保険

(兼) 厚生年金保険 70歳以上被用者該当届

| | | | | | | |
|------|-----|----|------|----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 主任 | 係 |
| | | | | | | |

令和 年 月 日提出

| | | | | | |
|--------|-------------------|---------------------------|------------|-------|--|
| 提出者記入欄 | 健康保険 被保険者記号 | | 特定適用事業所認定日 | 年 月 日 | |
| | 厚生年金保険 事業所整理記号 | | 事業所 番号 | | |
| | 事業所 所在地 | 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 | | | |
| | 事業所 名称 | 〒 - | | | |
| | 事業主 氏名 | | | | |
| 電話番号 | () | | | | |

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|--------------------------|------------------------|---|---------|------------|---------------|---------------------|--|
| 被保険者1 | ① 被保険者 整理番号 | | ② 氏名 (フリガナ) (氏) | | (名) | ③ 種別 | 1.男 2.女 | ④ 被扶 養者 | 0.無 1.有 | |
| | ⑤ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 月 日 | ⑥ 取得 (該当) 年月日 | 9.令和 | 年 月 日 | ⑦ 個人番号 | | | |
| | ⑧ 報酬 月額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+⑧) | 円 | ⑨ 資格確認書の申請理由 裏面より該当のアルファベットを記入してください ※マイナ保険証をお持ちの方は交付対象外 | | | | | |
| | ⑩ 現住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | ⑪ 住民票住所 (⑩現住所と同じ場合は同 上に☑してください) | 同上 <input type="checkbox"/> | 〒 - | | | | | | ※住民票(写)を添付する場合は記入不要 | |
| | ⑫ 備考 | 1.70歳以上被用者該当 2.二以上事業所勤務者の取得 3.短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4.退職後の嘱託再雇用者の取得【旧記号番号 - 】 5.その他 () | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|--------------------------|------------------------|---|---------|------------|---------------|---------------------|--|
| 被保険者2 | ① 被保険者 整理番号 | | ② 氏名 (フリガナ) (氏) | | (名) | ③ 種別 | 1.男 2.女 | ④ 被扶 養者 | 0.無 1.有 | |
| | ⑤ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 月 日 | ⑥ 取得 (該当) 年月日 | 9.令和 | 年 月 日 | ⑦ 個人番号 | | | |
| | ⑧ 報酬 月額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+⑧) | 円 | ⑨ 資格確認書の申請理由 裏面より該当のアルファベットを記入してください ※マイナ保険証をお持ちの方は交付対象外 | | | | | |
| | ⑩ 現住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | ⑪ 住民票住所 (⑩現住所と同じ場合は同 上に☑してください) | 同上 <input type="checkbox"/> | 〒 - | | | | | | ※住民票(写)を添付する場合は記入不要 | |
| | ⑫ 備考 | 1.70歳以上被用者該当 2.二以上事業所勤務者の取得 3.短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4.退職後の嘱託再雇用者の取得【旧記号番号 - 】 5.その他 () | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|--------------------------|------------------------|---|---------|------------|---------------|---------------------|--|
| 被保険者3 | ① 被保険者 整理番号 | | ② 氏名 (フリガナ) (氏) | | (名) | ③ 種別 | 1.男 2.女 | ④ 被扶 養者 | 0.無 1.有 | |
| | ⑤ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 年 月 日 | ⑥ 取得 (該当) 年月日 | 9.令和 | 年 月 日 | ⑦ 個人番号 | | | |
| | ⑧ 報酬 月額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+⑧) | 円 | ⑨ 資格確認書の申請理由 裏面より該当のアルファベットを記入してください ※マイナ保険証をお持ちの方は交付対象外 | | | | | |
| | ⑩ 現住所 | 〒 - | | | | | | | | |
| | ⑪ 住民票住所 (⑩現住所と同じ場合は同 上に☑してください) | 同上 <input type="checkbox"/> | 〒 - | | | | | | ※住民票(写)を添付する場合は記入不要 | |
| | ⑫ 備考 | 1.70歳以上被用者該当 2.二以上事業所勤務者の取得 3.短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4.退職後の嘱託再雇用者の取得【旧記号番号 - 】 5.その他 () | | | | | | | | |

※⑩現住所、⑪住民票住所は健康保険分は記入してください。

パッケージ工業健康保険組合(R6.12)

記入例 | 資格取得届

令和 6 年 12 月 2 日提出

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---|---|----------|--------|----------|---------------------|--|--|
| 提出者記入欄 | 健康保険被保険者記号 | 1 2 3 4 | 厚生年金保険事業所整理記号 | | 0 1 - A B C | 事業所番号 | 0 1 2 3 4 | 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 〇〇〇〇株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 03 (1234) 5678 | | | | | 社会保険労務士記載欄 氏名等 | | |
| | ① 被保険者整理番号 | 10 | ② 氏名 (フリガナ) | 〇〇〇 | (氏) | 〇〇〇 | (名) | 〇〇 | ③ 種別 | ①男 2女 | ④ 被扶養者 | ①有 1有 | | | |
| | ⑤ 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 1 0 1 0 1 0 | ⑥ 取得(該当)年月日 | 9.令和 | 0 6 1 2 0 1 | ⑦ 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 | ⑧ 報酬月額 ①通貨 200,000 円 ②現物 3,000 円 ③合計(②+③) 203,000 円 ⑨ 資格確認書の申請理由 裏面より該当のアルファベットを記入してください ※マイナ保険証をお持ちの方は交付対象外 C | | | | | | |
| | ⑩ 現住所 | 〒111-1111 | 東京都〇〇市〇〇〇 2-3-4 | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ 住民票住所 (⑩現住所と同じ場合は同上に☑してください) | 同上 | 〒 - | | | | | | | | | | | ※住民票(写)を添付する場合は記入不要 | | |
| ⑫ 備考 | 1.70歳以上被用者該当 2.二以上事業所勤務者の取得 3.短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4.退職後の嘱託再雇用者の取得【旧記号番号 - 】 5.その他 () | | | | | | | | | | | | | | |

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 整理番号 被保険者別に追番号をご記入ください。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ③ 種別 該当する番号を○で囲んでください。
- ④ 被扶養者 健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を○で囲み、『被扶養者(異動)届』と添付書類をご提出ください。健康保険の被扶養者がいない場合は「0.無」を○で囲んでください。
- ⑥ 取得年月日 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)をご記入ください。
- ⑦ 個人番号 本人確認を行ったうえで、個人番号を必ずご記入ください。個人番号の記載ができない場合は10日以内に『個人番号届』をご提出ください。
- ⑧ 報酬月額 「①通貨」は、給料、手当等の名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計額をご記入ください。
・ 臨時に支払うものや3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
・ 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額をご記入ください。
・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1か月間に同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。
「②現物」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについてご記入ください。
・ 現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事、住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)をご記入ください。
- ⑨ 資格確認書の申請理由 A:マイナンバーカードを紛失、更新中の方 B:マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要な方は資格確認書(再)交付申請書の提出が必要となります。資格取得届と併せて、交付申請書のご提出をお願いします。 C:マイナンバーカードを取得していないため D:マイナンバーカードを持っているが、保険証利用登録を行っていないため E:マイナ保険証の利用登録解除を申請したため F:マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため G:マイナンバーカードを返納したため C~Gに該当した場合のみ資格確認書を職権交付します。該当のアルファベットを記載してください。
- ⑩ 現住所 健康保険分は個人番号の記載の有無に関わらず、居住している住所をご記入ください。
- ⑪ 住民票住所 現住所と同じ場合は同上にチェックしてください。なお、⑩現住所と異なる場合は、住民票の住所をご記入いただくか、住民票(写)を添付してご提出ください。
- ⑫ 備考 「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
「3.短時間労働者の取得(特定適用事業所)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。
「4.退職後の嘱託再雇用者の取得」に該当する場合は、旧記号番号をご記入いただき、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。

(日本年金機構分) の注意事項

- ① 被保険者整理番号 提出順に被保険者整理番号を払出ししますので、記入する必要はありません。
- ⑫ 備考 「1.70歳以上被用者該当」は、被用者が70歳以上の方の場合に、○で囲んでください。在職中に70歳に到達した場合は、この届書ではなく『70歳到達届』(資格喪失・70歳以上該当届)をご提出ください。