

被保険者資格取得届

70歳以上被用者該当届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

厚生年金の事業所整理記号を必ず記入してください。

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	厚生年金 事業所整理記号	0000	0000	健康事業所記号	0000	受付印
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒135-0061 東京都〇〇区〇〇6-6-1 事業所所在地 株式会社 健保産業 事業所名称 代表取締役社長 健保 良一 事業主氏名 氏名等 氏名等 電話番号 03-0000-0000	事業所所在地等、事業所情報を必ず記入してください。		健康保険の事業所記号を必ず記入してください。		

本人確認を行ったうえで、個人番号を必ず記入してください。

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名	健保 太郎	③ 生年月日	5.昭和 010525	④ 種別	① 男 ② 女
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	123456789012	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和 051224	⑧ 被扶養者	① 無 ② 有
	⑨ 報酬月額	⑩ (通貨) 198,000 ⑪ (現物) 0	⑫ (合計) 198,000	⑬ 資格取得年月日および報酬月額を記入してください。	被扶養者届の添付の有無を囲んでください。		
	⑭ 住所	〒135-0061 東京都 〇〇区〇〇6-6-1 〇〇マンション〇〇〇号室			⑮ 理由	⑯ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	

①住所は住民票に記載の住所を正確に記入し、カナを振ってください。
②住民票上の住所と現住所(居所)が異なる場合は、「居所届」を添付してください。

資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限りです。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

被保険者2	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	210987654321	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和 060201	⑧ 被扶養者	① 無 ② 有
	⑨ 報酬月額	⑩ (通貨) 193,600 ⑪ (現物) 0	⑫ (合計) 193,600	⑬ 標準報酬月額	190	⑭ 備考	
	⑮ 住所	〒135-0061 東京都 〇〇区〇〇6-6-1 〇〇マンション〇〇〇号室			⑯ 理由	⑰ 資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名	セントラル マーケット CENTRAL MARKET	③ 生年月日	5.昭和 010801	④ 種別	① 男 ② 女
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	987654321098	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和 060201	⑧ 被扶養者	① 無 ② 有
	⑨ 報酬月額	⑩ 外国籍の方の氏名は、住民票または在留カードに記載されたアルファベット表記の氏名を必ず記載してください。フリガナもあわせて記載してください。			⑪ 備考	⑫ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要	

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名		③ 生年月日		④ 種別	① 男 ② 女
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日		⑧ 被扶養者	① 無 ② 有
	⑨ 報酬月額	⑩ (通貨) 円 ⑪ (現物) 円	⑫ (合計) 円	⑬ 標準報酬月額	円	⑭ 備考	

この届書に記載する内容は、健康保険給付、年金給付のもとになる重要なものですので、誤りのないよう慎重に記入をお願いいたします。

事業所様へ
※ 70歳以上被用者該当届のみ提出の場合は、「⑩備考」欄の「1.70歳以上被用者該当」および「5.その他」に○をし、「5.その他」の()内に「該当届のみ」とご記入ください(この場合、健康保険被保険者証の発行はありません)。