

様式コード			
2	2	0	0

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	—	健康保険事業所記号	
	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 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号 基礎年金番号		⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日 9.令和	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円	⑩ 備考	該当する場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所等)		
	⑪ 住所	〒 — (フリガナ)					

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号 基礎年金番号		⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日 9.令和	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円	⑩ 備考	該当する場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所等)		
	⑪ 住所	〒 — (フリガナ)					

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号 基礎年金番号		⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日 9.令和	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円	⑩ 備考	該当する場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所等)		
	⑪ 住所	〒 — (フリガナ)					

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号 基礎年金番号		⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日 9.令和	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計 ⑦+⑧) 円	⑩ 備考	該当する場合はチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(特定適用事業所等)		
	⑪ 住所	〒 — (フリガナ)					

この届書は「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」に提出するものです。

記入方法

提出者記入欄 : 健康保険事業所記号欄は、被保険者証にある「記号」を記入してください。

①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を記入してください。

②氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑥昭和 7.平成	年	月	日
6	3	0	5
			3

④種別 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般(基金未加入)	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

1. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき(船員保険適用者を除く)
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

⑥個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

(基礎年金番号) : 基礎年金番号は、10桁の番号を左詰めで記入してください(健康保険組合への届出については、記入不要です)。

⑦取得(該当)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)、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を、ない場合は「0.無」を○で囲んでください。

「1.有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額 : 「㊦(通貨)」は給料・手当等、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金額を記入してください。

※1 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。

※2 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記入してください。

※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、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記入してください。

「㊧(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記入してください。

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額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑩備考 : 短時間労働者に該当のときは、チェックを入れてください。

⑪住所 : 住所を記入してください。

添付書類

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合

ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー

イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等

お知らせ

・「短時間労働者」とは、国・地方公共団体・特定適用事業所等において使用される、以下の全ての要件を満たした場合に被保険者となります。

ア 週の所定労働時間が20時間以上であること

イ 雇用見込期間が1年以上であること(雇用期間が1年未満であるが、雇用契約書等でその契約が更新される旨または更新される場合がある旨明示されている場合を含む)。

ウ 賃金の月額が88,000円(年額106万円相当)以上であること。ただし、①臨時に支払われる賃金(結婚手当等)および1月を超える期間ごとに支払われる賃金(賞与等)、②所定時間外労働等に対して支払われる賃金(割増賃金等)、③最低賃金法において算入しないことを定める賃金(精皆勤手当、通勤手当および家族手当)を除く。

エ 学生でないこと

※上記ア～エの要件を満たしていても、1週間の所定労働時間および1カ月の所定労働日数が正社員の4分の3以上の従業員については、

「短時間労働者」には該当いたしませんので、一般の被保険者として資格取得することとなります。