

「社会保険に関する手続」 様式集

様式集目次①(提出のオケージョン別)

:基本計画に記載のある手続

:基本計画で届出様式を統一化すると記載のある届出契機が同じ手続(4、48、115、10、56、116、78は「基本計画に記載のある手続」と重複)

提出する情報(従業員/事業所)	イベント	ページ番号	厚生年金				健康保険				雇用保険				労働保険				
			通し番号	手続名	件数	オンライン率	通し番号	手続名	件数	オンライン率	通し番号	手続名	件数	オンライン率	通し番号	手続名	件数	オンライン率	
1	入社	P1~P5	4	被保険者資格取得届	2,994,482	10.7	48	被保険者資格取得届	943,690	1.6	115	被保険者資格取得届	9,096,772	13.2					
2			29	厚生年金保険被保険者 ローマ字氏名届	149,422	1.1													
3	結婚・離婚	P6~P11	8	被保険者氏名変更届	366,103	8.7	54	被保険者氏名変更届	184,827	7.6	118	被保険者氏名変更届	383,000	18.6					
4			39	厚生年金保険の被保険者に係る適用証明書再交付申請書及び氏名変更の届出	1,782	0.0													
5	転居	P12~P17	9	被保険者住所変更届	1,282,234	11.1	55	被保険者住所変更届	2,415,796	6.4									
6	変更	P18~P19	11	被保険者生年月日訂正届	2,194	0.1													
7	転勤	P20~P21									117	被保険者転勤届	586,525	12.1					
8	海外赴任	P22~P25	37	厚生年金保険の被保険者に係る適用証明書交付申請書	18,313	0.0													
9			38	厚生年金保険の被保険者に係る適用証明期間継続・延長申請書	3,512	0.3													
10	産前・産後	P26~P36	16	産前産後休業取得者申出書	241,740	0.5	67	産前産後休業取得者申出書	151,037	4.6									
11							68	産前産後休業取得者終了書	81,594	2.8									
12			17	産前産後休業終了時報酬月額変更届書	776	0.5	52	産前産後休業終了時報酬月額変更届書	2,660	0.5									
13			33	70歳以上被用者産前産後休業終了時報酬月額相当額変更届	33	0.0													
14	育児(育休取得前)	P30~P31	13	育児休業等取得者申出書	307,647	0.5	65	育児休業等取得者申出書	202,157	1.3									
15			18	養育期間標準報酬月額特例申出書	71,695	0.2													
16	育児(育休取得中)	P41~P42									122	育児休業給付金支給申請書	1,985,968	13.3					
17	育児(育休終了時)	P43~P52	14	育児休業等取得者終了届	83,256	0.5	66	育児休業等取得者終了届	97,696	1.7									
18			15	育児休業終了時報酬月額変更届	58,461	0.3	51	育児休業終了時報酬月額変更届	48,196	2.9									
19			34	70歳以上被用者育児休業等終了時報酬月額相当額変更届	10	0.0													
20			19	養育期間標準報酬月額特例終了届	182	0.0													
21	扶養家族増減	P53~P59	12	被扶養者(異動)届	2,645,920	7.1	60	被扶養者異動届	2,569,377	1.8									
22	退職	P60~P68	10	被保険者資格喪失届	2,933,312	12.2	56	被保険者資格喪失届	807,125	1.8	116	被保険者資格喪失届	7,541,021	16.3					
23	70歳以上	P69~P74	31	70歳以上被用者該当・不該当届	247,706	0.5													
24			32	70歳以上被用者算定基礎・月額変更・賞与支払届	553,368	3.5													
25	設立	P75~P79	1	新規適用届	140,353	0.3	42	新規適用届	8,270	1.2	109	適用事業所設置届	126,668	5.3	78	労働保険保険関係成立届	368,945	6.0	
26	変更	P80~P93	20	適用事業所所在地・名称変更届(管轄内)	47,015	0.6	57	適用事業所所在地・名称変更(訂正)届	4,719	0.1	111	事業主事業所各種変更届	192,988	4.2	79	労働保険名称、所在地等変更届	157,844	4.1	
27			21	適用事業所所在地・名称変更届(管轄外)	1,431	2.2													
28			30	事業所関係変更(訂正)届	173,581	0.4	58	事業所関係変更(訂正)届	11,082	0.2									
29	廃業	P94~P97	22	適用事業所全喪届	2,265	0.1	43	適用事業所全喪届	2,157	0.1	110	適用事業所廃止届	73,466	2.1					

様式集目次②(提出頻度別①)

	提出する情報(従業員/事業所)	イベント	ページ番号	厚生年金			健康保険			雇用保険			労働保険		
				通し番号	手続名	件数	オンライン率	通し番号	手続名	件数	オンライン率	通し番号	手続名	件数	オンライン率
1	従業員	隔月	P98~P101							120	高齢雇用継続給付支給申請書	4,442,559	9.8		
2										122	【再掲】育児休業給付金支給申請書	1,985,968	13.3		
3											123	介護休業給付金支給申請書	20,834	6.5	
4		定期的	P102~P109	5	被保険者報酬月額算定基礎届	1,879,196	7.3	49	被保険者報酬月額算定基礎届	2,409,350	0.0				
5				7	被保険者賞与支払届	1,772,247	12.1	53	被保険者賞与支払届	4,783,863	0.2				
6		不定期	P110~P136	6	被保険者報酬月額変更届	976,236	16.2	50	被保険者報酬月額変更届	526,711	1.4				
7				P114~P116	25	健康保険法第118条第1項該当・不該当届	82	0.0	59	健康保険法第118条第1項該当・不該当届	629	0.0			
8				P117~P118	28	資格取得・資格喪失等確認請求書	16,687	0.0							
9				P119~P121	26	介護保険適用除外等該当・非該当届	2,148	0.1	61	介護保険適用除外等該当・非該当届	57,394	2.0			
10				P122					27	健康保険被保険者資格証明書交付申請書	211,972	0.0			
11				P123	24	年金手帳再交付申請書	224,860	0.7							
12				P124~P125	40	厚生年金保険の特例加入被保険者の資格取得の申出	110	0.0							
13				P126~P127	41	厚生年金保険の特例加入被保険者の資格喪失の申出	6	0.0							
14				P128	35	70歳以上被用者所属選択・二以上事業所勤務届	304	0.0							
15				P129	36	被保険者所属選択・二以上事業所勤務届	7,393	0.0							
16				P130					23	被保険者証回収不能・減失届	59,604	0.0			
17				P131					62	健康保険被保険者証減失・乗損再交付申請書	187,988	0.6			
18				P132					63	健康保険被保険者証再交付申請書	652,939	0.0			
19				P133					64	健康保険被保険者証再交付申請書 ※協会けんぽ(船員保険)届出分	1,218	0.0			
20				P134					77	健康保険被保険者適用除外承認申請書	130,000	0.0			
21		P135~P136									119	雇用継続交流採用終了届	111	0.0	
22		P137~P139									121	雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書・所定労働時間短縮開始時賃金証明書	401,689	0.1	

届書コード	処理区分	届書
2 0 0		

健康保険 被保険者資格取得届
厚生年金保険

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※印欄は記入しないでください。

①事業所整理記号		②事業所番号		③※		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨※		⑩		⑪		⑫※		⑬※		⑭※		⑮※		⑯※		⑰※	
フリガナ		(氏)		明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7		年 月 日		1 5 2 6 3 7		新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日		① ② ③		円 円 円		健 年		千円 千円		無・有						送 信		送 信			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都 道 府 県		⑰ 備 考																									
フリガナ		(氏)		明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7		年 月 日		1 5 2 6 3 7		新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日		① ② ③		円 円 円		健 年		千円 千円		無・有						送 信		送 信			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都 道 府 県		⑰ 備 考																									
フリガナ		(氏)		明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7		年 月 日		1 5 2 6 3 7		新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日		① ② ③		円 円 円		健 年		千円 千円		無・有						送 信		送 信			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都 道 府 県		⑰ 備 考																									
フリガナ		(氏)		明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7		年 月 日		1 5 2 6 3 7		新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日		① ② ③		円 円 円		健 年		千円 千円		無・有						送 信		送 信			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都 道 府 県		⑰ 備 考																									

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地 〒 _____

事業所名称 _____

事業主氏名 _____ (印)

電 話 _____ (局) _____ 番

社会保険労務士の提出代行者印

_____ (印)

【記入の方法】

70歳以上であることにより健康保険の被保険者の資格のみを取得する者の届出については、届書名の「健康保険」の文字を○印で囲み、70歳未満の者の届書とは別に作成し、提出すること。

1 ②の事業所番号は、新規適用時に年金事務所において付された番号を記入すること。

2 ④の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

3 ⑤の年号は、該当する文字を○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

明	大	平	年	月	日
1	3	7			
○	○	○	3	2	0
○	○	○	2	0	7

のように記入すること。

4 ⑥は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○印で囲むこと。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲むこと。

5 ⑦は、初めて厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「新1」を、厚生年金保険の船員以外の被保険者であったことがある者が再び厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「再2」を、共済組合から公庫等へ出向した職員であるときは「共3」を、船員任意継続被保険者であるときは「船4」を○印で囲むこと。

6 ⑧は、年金手帳又は基礎年金番号通知書の交付を受けた者については、基礎年金番号を記入すること。基礎年金番号がわからないときは、被保険者として最後に使用された事業所の名称及び所在地を⑨に記入すること。

7 ⑮の資格取得年月日は、たとえば、平成2年4月1日の場合は、

平	成	年	月	日
0	2		4	0
0	2		4	1

のように記入すること。

8 ⑯は、下記により記入すること。

⑰は、報酬のうち、臨時に受けるもの及び3月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、金銭(通貨)で支払われる賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、健康保険法第42条第1項各号又は厚生年金保険法第22条第1項各号の規定によって算定した額を記入すること。

⑱は、報酬のうち、食事、住宅、被服など金銭(通貨)以外のもので支払われるものについて、健康保険法第46条又は厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣又は健康保険組合が定めた価額によって算定した額を記入すること。

9 ⑲は、被扶養者のある被保険者で被扶養者届を提出している者については「有」を、その他の者については「無」を○印で囲むこと。

10 ㉑は、(1)前に健康保険の被保険者であった者については、その資格取得年月日並びに最後の事業所の名称及び所在地を記入すること。

(2)健康保険法第118条第1項各号のいずれかに該当する者については、その旨を記入すること。

(3)健康保険の資格喪失後の継続保険給付を受けている者については、その旨及び給付の種類並びにその給付が療養の給付又は傷病手当金であるときには、その傷病名を記入すること。

(4)年金手帳を所持し、かつ、当該年金手帳に記載されている氏名に変更がある者にあつては、変更前の氏名を記入すること。

(5)資格取得時まで引き続いて厚生年金保険の第四種被保険者であった者については、その旨を記入すること。

11 ㉒は、郵便番号を必ず記入すること。㉓の被保険者住所は、都道府県名から漢字で正確に記入すること。「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

ただし、健康保険組合への届出については、㉒及び㉓の記入は要しないものであること。

12 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は要しないものであること。

13 本手続は電子申請による届出も可能であること。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができること。

グループ長 課長	担当者

厚生年金保険被保険者 ローマ字氏名届

年金手帳の基礎年金番号		生年月日(西暦)			性別	住民票の有無			
.....	年	月	日	1 男	1 無
								2 女	2 有

被保険者氏名

氏名記入欄 ローマ字	(フリガナ)
	(ローマ字)

※「漢字氏名」「通称名」をお持ちの方は、下記の欄に記入してください(記入は任意です)。

漢字氏名 記入欄	(フリガナ)	
	(氏)	(名)
通称名 記入欄	(フリガナ)	
	(氏)	(名)

※当該被保険者がローマ字氏名をお持ちでない場合は、その理由をチェック(✓)してください。

理由記入欄	<input type="checkbox"/> 短期在留者であるため <input type="checkbox"/> 海外に住所を有している者であるため <input type="checkbox"/> 在留カード(または特別永住者証明書)にローマ字氏名が記載されていないため <input type="checkbox"/> その他 理由()
-------	--

【記入上の注意】

- 「住民票の有無」欄は、該当する番号を○で囲んでください。
- フリガナは、被保険者資格取得届に記入したものと同一フリガナを記入してください。
- ローマ字氏名は、在留カード若しくは特別永住者証明書又は住民票に記載されているローマ字氏名を大文字で記入してください。なお、ローマ字氏名をお持ちでない方については、「ローマ字氏名欄」に被保険者資格取得届等に記載したカナ氏名を記入のうえ、「理由記入欄」にその理由を記入してください。
- 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

	平成 年 月 日 提出
事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電話番号 ()	ー

年金事務所印

事務センター印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

届書コード			届書
2	0	7	

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届 厚生年金保険

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※ 「印欄」は記入しないでください。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 年金手帳の基礎年金番号	④ 生 年 月 日	⑦ 種 別 (性別)	送 信
※			明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7	1. 2. 5. 3. 6. 7.	
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)	(氏)	(名)	送 信
	(フリガナ)	① 変更前の氏名		⑥健康保険被 保険者証不要 ※ 要 0 不要 1	

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

【記入の方法】

1. ④の年号は、該当する文字を○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「

明	1	年	月	日
大	3			
昭	3	2	0	2
和	7			

」のように記入すること。

2. ⑦は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○印で囲むこと。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲むこと。
3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。
4. ⑧は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入すること。
5. 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は要しないものであること。
6. 本手続は電子申請による届出も可能であること。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができること。

雇用保険被保険者

資格喪失届 氏名変更届

標準字体 01123456789

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 帳票種別 1319 { 0 氏名変更届 1 資格喪失届

1. 個人番号

2. 被保険者番号

3. 事業所番号

4. 資格取得年月日 5. 離職等年月日 6. 喪失原因 (1 離職以外の理由 (2 3以外の離職 (3 事業主の都合による離職

7. 離職票交付希望 (1 有 (2 無) 8. 1週間の所定労働時間 (3 昭和 (4 平成) 9. 補充採用予定の有無 (空白 無) (1 有)

10. 新氏名 (フリガナ (カタカナ) 分

※ 記載欄 11. 喪失時被保険者種類 (3 季節) 12. 国籍・地域コード (17欄に対応するコードを (記入) 13. 在留資格コード (18欄に対応するコードを (記入)

14. 被保険者氏名 (ローマ字) または新氏名 (ローマ字) (アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名 (ローマ字) または新氏名 (ローマ字) [続き] 15. 在留期間 (西暦) まで

16. 派遣・請負 就労区分 (1 派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労していた場合 (2 11に該当しない場合) 17. 国籍・地域 (18. 在留資格

19. (フリガナ) 被保険者氏名 20. 性別 21. 生年月日 22. 被保険者の住所又は居所 23. 事業所名称 24. 氏名変更年月日 平成 年 月 日 25. 被保険者であった原因

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

住所

記名押印又は署名印

事業主氏名

公共職業安定所長 殿

電話番号

Table with 4 columns: 社会保険労務士記載欄, 作成年月日・提出担当者・事務代理者の表示, 氏名, 電話番号, 安定所備考欄

※ 所長 次長 課長 係長 係 操作者 確認通知年月日 平成 年 月 日

注意

- 1 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は、汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→、パー）、また、「牛」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 4 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 5 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 6 **雇用保険被保険者資格喪失届として使用する場合の注意**
 - (1) 標題中「氏名変更届」の文字並びに第1面下方の「第14条第1項」の文字を抹消すること。
 - (2) 1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載すること。
 - (3) 5欄には、被保険者でなくなったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。なお、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。（例：平成19年3月1日→）
 - (4) 6欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
 - イ 死亡、在籍出向、出向元への復帰、その他離職以外の理由……………1
 - ロ 天災その他やむを得ない理由によって事業の継続が不可能になったことによる解雇
 - ハ 被保険者の責めに帰すべき重大な理由による解雇
 - ニ 契約期間の満了
 - ホ 任意退職（事業主の勧奨等によるものを除く。）……………2
 - ヘ ロからホまで以外の事業主の都合によらない離職（定年等）
 - ト 移籍出向（ただし、退職金又はこれに準じた一時金の支給が行われたもの以外の出向は「1」）……………3
 - チ 事業主の都合による解雇、事業主の勧奨等による任意退職等……………3
 - (5) 7欄には、被保険者でなくなった者が離職票の交付を希望するときは「1」を、希望しない場合は「2」を記載すること。なお、被保険者でなくなった者が離職時においては妊娠、出産、育児、疾病、負傷、親族の看護等の理由により一定期間職業に就くことができない場合及び60歳以上の定年等による離職後一定の期間求職の申込みをしないことを希望する場合であって、その後に失業等給付を受けようとするときは、「1」を記載すること。また、離職の日において59歳以上の者については、「1」を記載すること。
また、船員として高年齢求職者給付金を受給した者が65歳以降に離職した場合には「2」を記載すること。
 - (6) 8欄には、この届に係る者の5欄に記載した年月日現在の1週間の所定労働時間を記載すること。
 - (7) 9欄には、この届に係る者の離職等に伴い、これを補充するため、この届書を提出する際に公共職業安定所の紹介その他の方法による労働者の採用を予定している場合は「1」を記載し、予定していない場合は空欄とすること。
 - (8) 10及び24欄は空欄とすること。
 - (9) 22欄には、離職後の住所又は居所が明らかであるときは、その住所又は居所を記載し、その住所又は居所が明らかでないときは、離職時の住所又は居所を記載すること。
 - (10) 本手続は電子申請による届出も可能であること。
- 7 **雇用保険被保険者氏名変更届として使用する場合の注意**
 - (1) 標題中「資格喪失届」の文字並びに第1面下方の「第7条第1項」の文字を抹消すること。
 - (2) 2.10.14（外国人の場合のみ）、19.20.21及び24欄に記載すること。なお、10のフリカナ欄はカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。また、19欄には、変更前の氏名を記載すること。
 - (3) 本手続は電子申請による届出も可能であること。
- 8 **外国人労働者に係る留意事項**

外国人労働者（「外交」又は「公用」の在留資格者及び特別永住者を除く。）の場合は、14～18欄に、ローマ字氏名（在留カード記載順）、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。

なお、派遣・請負労働者として、主として23欄以外の事業所において就労していた者については16欄に1を記載し、該当しない場合は2を記載のこと。

お願い
資格喪失届として使用する場合、雇用保険の被保険者でなくなった事実のあった日の翌日より10日以内に提出してください。

申請にあたっての留意点

この申請書は、厚生年金保険の被保険者が、つぎのいずれかに該当する場合に、年金事務所に適用証明書の再交付を申請するためのものです。

- a. すでに交付された適用証明書を滅失した場合
- b. すでに交付された適用証明書をき損した場合
- c. すでに交付された適用証明書の記載内容に変更が生じた場合

申請書の記入方法

「③生年月日」:

年号について、該当する番号のボックスをチェック(☑)してください。

「④就労開始年月日」:

適用証明書交付申請書の申請時に記入した「就労開始年月日」(すでに交付されている適用証明書の「期間」欄の初日)を西暦で記入してください。

「⑤ 日本国における被保険者住所」:

日本の現住所を記入してください。

「⑥ 申請するに至った事由」:

該当する番号のボックスをチェック(☑) してください。「3. 適用証明書の記載事項変更」の場合は、変更する事項の欄に変更前の内容を黒字で記入のうえ、赤字で変更後の内容を記入してください。

なお、氏名を変更した場合には、氏名変更届を提出のうえ、この申請をしてください。日本国における被保険者住所を変更した場合は、住所変更届を提出のうえ、この申請をしてください。

「事業所の所在地及び名称」:

事業主が自ら署名する場合には、押印は不要です。

添付書類

滅失による場合のほか、この申請書にすでに交付されている適用証明書を添えて提出してください。

届書コード	処理区分	届書
2 4 8		

事務センター長 副事務センター長	副事務センター長 副事務センター長	グループ長 課長	担当者

日米社会保障協定 厚生年金保険 健康保険 船員保険 適用証明書再交付申請書

◎ ※欄は記入しないでください。
◎ この申請書を記入する際には、裏面をよく読んでください。

平成 年 月 日 提出

① 事業所の記号	② 被保険者整理番号	③ 生 年 月 日	④ 就労開始年月日 (西暦) 年 月 日	⑤ 協定相手国 (7桁) (合衆国) 0 0 4
※		<input type="checkbox"/> 5. 昭和 <input type="checkbox"/> 7. 平成		
送 信	ア	被 保 険 者 氏 名 (ローマ字) 姓	名	性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女
イ	基礎 年 金 番 号	エ	日本国における被保険者住所 (7桁)	
		オ	合 衆 国 に お け る 事 業 所 の 名 称 〒	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	
			カ	
			キ	
			ク	
			ケ	
			コ	