

厚生年金保険特例加入被保険者資格取得申出書

社会保障協定の実施に伴う厚生年金保険法等の特例等に関する法律（平成19年法律第104号）第25条

① 申出者の氏名	(氏)	(名)	② 申出者の住所	(アルファベット)				電話		
	(フリガナ)			(フリガナ)						
③ 事業所の記号	④ 基礎年金番号			⑤ 生年月日			⑥種別	⑦* 資格取得年月日		
*	|	|	|	|	|	|	1	|	|	|
							2	5	|	|
							3	6	|	|
							7	7	|	|
⑧ 報酬月額		⑨* 標準報酬月額	⑩ 相手国名	⑪ 相手国社会保障番号				⑫ 社会保障協定特例法第24条第1項第2号該当日		
イ 金銭によるものの額	円	千円						|	|	|
ロ 現物によるものの額	円	|						|	|	|
ハ 合計	円	|						|	|	|

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

平成 年 月 日 提出

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。

◎この申出により被保険者となった者は、いつでも日本年金機構理事長に申し出て、被保険者の資格を喪失することができます。

【記入の方法】

1 ①の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

2 ②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、
ように記入すること。

「

5.昭和		年		月		日
6.平成	3	2	0	2	0	7

」

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 ⑧は、下記により記入すること

イは、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、棒給、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。

ロは、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。

6 ⑩は、保険料納付義務に関する法令が適用される相手国名を記入すること。

7 ⑪は、⑩における保険料納付に使用される社会保障番号を記入すること。

8 ⑫は、保険料納付義務に関する相手国法令が適用された日を記入すること。

保険料納付義務に関する相手国法令が適用された日から1ヶ月以内にこの申出をした者は、その該当するに至った日に被保険者の資格を取得し、それ以外の者は、この申出が受理された日に被保険者の資格を取得すること。

9 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。

厚生年金保険特例加入被保険者資格喪失申出書

社会保障協定の実施に伴う厚生年金保険法等の特例等に関する法律（平成19年法律第104号）第25条

① 申出者の氏名	(氏)	(名)	② 申出者の住所	(アルファベット)			電話			
	(フリガナ)			(フリガナ)						
③ 事業所の記号	④被保険者整理番号		⑤ 基礎年金番号			⑥ 生年月日		⑦種別		
| | | |	| | | | | | | |		| | | | | | | | | | | | | |			5.昭和	年	月	日	1
						7.平成				2 5
										3 6
										7
⑧*資格喪失年月日			⑨標準報酬月額							
平成年	月	日	千円							

- ◎ 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。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

平成 年 月 日 提出

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 ①の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

2 ②の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

3 ⑥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、
ように記入すること。

「

5. 昭和		年		月		日
6. 平成	3	2	0	2	0	7

」

4 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。

5 ⑨には厚生年金保険の標準報酬月額を記入すること。

6 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。

厚生年金保険 70歳以上被用者 所属選択届
二以上事業所勤務

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

被用者の氏名	フリガナ (氏) (名)		生年月日	昭. 5		年		月		日	基礎年金 番号					標準報酬月額 相当額	※	千円	
				平. 7															
事業所	事業所整理記号		事業所名称									該当・不該当年月日	報酬月額						
			事業所所在地																
選択 事業所											該当	年	月	日	通貨によるものの額	円			
												不該当	年	月	日	現物によるものの額	円		
																合 計	円		
非選択 事業所											該当	年	月	日	通貨によるものの額	円			
												不該当	年	月	日	現物によるものの額	円		
																合 計	円		
												該当	年	月	日	通貨によるものの額	円		
												不該当	年	月	日	現物によるものの額	円		
															合 計	円			

平成 年 月 日 提出

受付日付印

被 用 者 住 所	〒	—
被 用 者 氏 名		Ⓜ
電 話	(	局)

※新たに70歳以上被用者に該当すると同時に二以上の事業所に雇用される場合には、それぞれの事業所の「70歳以上被用者該当届」が必要です。

※被用者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

※「※」印欄は記入しないでください。

健康保険 被保険者 所 属 選 択 届
厚生年金保険 二以上事業所勤務

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

被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	1.明	年	月	日	基礎年金番	号											
				3.大															

事業所	事業所整理記号	事業所名称		被保険者資格 得 喪 年 月 日	報酬月額		※	
	被保険者整理番号	事業所所在地			標準報酬月額		千円	
選 択 事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円	健
						現物による報酬	円	
		基金	基 号	喪失	年 月 日	合 計	円	
非選択 事業所				取得	年 月 日	金銭による報酬	円	厚
						現物による報酬	円	
		基金	基 号	喪失	年 月 日	合 計	円	

被保険者	
住所	
氏名	(印)

※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の「健康保険 厚生年金保険 資格取得届」の提出が必要です。
また、すでに全国健康保険協会の被保険者である場合は、被保険者証の整理番号が変更になりますので、現在交付されている被保険者証を添付してください。

※ 被保険者の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

受付印

※督促	年 月 日
※回収	年 月 日

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

健康保険被保険者証回収不能・滅失届

被保険者証の記号・番号		記号	番号										
被保険者であった者の氏名・住所		氏名	住所										
回収不能等の対象者	被扶養者番号	氏 名		生 年 月 日			性 別	続 柄	高年齢受給者証 交付 返納		被保険者証を返納できない理由		
	00	被保険者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.	本人		有・無	有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.			有・無	有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.			有・無	有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.			有・無	有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.			有・無	有・無
		被扶養者	(氏)	(名)	明1 大3 昭5 平7	年	月	日	男 1. 女 2.			有・無	有・無

上記の者について、被保険者証(高年齢受給者証)が回収不能であるため届出します。なお、被保険者証を回収したときは、ただちに返納します。

平成 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名



- ※ この届は被保険者証を返納できない場合に提出します。
- ※ 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。

受付印

処理年月日

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任・係

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日		性別		大昭和 昭平		年月日	
						男・女		大昭和 昭平			
被保険者の現住所		〒									
被保険者の資格を取 得した年月日		昭和・平成 年 月 日									
事業所の 名称											
事業所の 所在地											
再交付申請の対象となる者		被扶養者欄									
被保険者欄		氏名		生年月日		続柄		再交付の原因			
(氏)		(名)				本人		滅失損			
被扶養者欄		氏名		生年月日		続柄		再交付の原因			
(氏)		(名)				男女		明昭 大平			
現住所		〒									
現住所		氏名		生年月日		続柄		再交付の原因			
(氏)		(名)				男女		明昭 大平			
受診者の 氏名		被保険者 との続柄		傷病名		保険診療を始めた年月日		治め又は 未治ゆの別		保険診療を担当した保険医	
						保険診療をおえた年月日					
						・					
						・					
						・					
						・					
被保険者証を滅失 したときの状況 (詳しく)		<p>[被保険者証発見の際の返納誓約書]</p> <p>上の届出書に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたが、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 提出</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名</p>									
		(印)									
この欄は、滅失 したときに記入 してください											
<p>上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので提出いたします。</p> <p>なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。</p>											
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 事業電話		(印)									
社会保険労務士 の提出代行者印		(印)									

【添付書類】 き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険被保険者証」を添付してください。

.....
受付日付印
.....

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用

証再

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 〇 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報		記号	番号	生年月日	年	月	日		
被保険者証の (左づめ)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
氏名・印		(フリガナ) -----						<input type="text"/> 印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒	-		)				都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()						

再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
被保険者(本人)分 <input type="checkbox"/> チェック欄 必要の場合(氏名を記入)			<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考			

上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。

平成 年 月 日

事業主欄	
事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 (〒 -)
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

印
 ・任意継続被保険者の方は
 事業主欄の記入は不要です。
 ・事業主の自署の場合は
 押印を省略できます。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

受付日付印

(29/7)

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄											
様式番号											
協会使用欄											
2	1	1	1	1	1	1	6	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
印											

船員保険 被保険者証 再交付申請書

・太枠内にご記入ください。疾病任意継続被保険者の方は、船舶所有者欄のご記入は不要です。
 ・記入方法等については、「記入例」をご確認ください。

被保険者情報	被保険者証の 記号および番号	<small>左つめ</small> ..... ..... .....	..... ..... .....	<small>右つめ</small>
	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日
被保険者の氏名	(フリガナ)			① 自署の場合は、 押印を省略できます。
被保険者の住所	郵便番号	.....	.....	.....
	電話	(.....)	.....	.....
都道府県				

被保険者証の再交付について、次のとおり申請します。(被保険者分の再交付の場合も氏名等をご記入ください。)

氏名	生年月日			性別	
再交付が必要な方	昭和・平成	年	月	日	男・女
	昭和・平成	年	月	日	男・女
	昭和・平成	年	月	日	男・女
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>※シ点をご注意ください。</small>				
	詳しい状況				

被保険者のマイナンバー記載欄
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

▶

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。

船舶所有者所在地	(〒)	船舶所有者本人が氏名を自署された場合は、押印を省略できます。
名称	.....	①
氏名	.....
電話	.....

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	①
-------------------	---

.....
 受付日付印

※協会使用欄

決裁	審査	登録
.....

健康保険被保険者適用除外承認申請書

(国民健康保険組合被保険者)

当該事業所に使用され、かつ国民健康保険組合の被保険者である間、健康保険の適用除外の承認を申請します。

(記入例)

① 事業所の記号		② 事業所番号 (告知番号)	
③※ 被保険者の整理番号		④ 申請者の氏名	
		⑤ 生年月日	
		(性別)	用除外を 受けようと する年月日
		申請者の印	

左の者は、次の事由に該当することにより当国民健康保険組合の事業運営上必要な者であることを証明します。

- 1 事業所状態変更
- 2 事業所設立等
- 3 新規採用
- 4 再就職

平成 年 月 日
大阪府医師
医師健康保険組合理事長 印

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

(フリガナ) <small>ヘイセイ ショウコ</small> (氏) 平成 昭子	明大昭平 1 年 月 日 3 . . 5 . . 7 . .	1 5 . . 2 6 . . 3 7 . .	平成 年 月 日 0 0 1 2 0 1	平成 印
⑩ 郵便番号 5 4 2 0 0 1 2	⑪ 被保険者住所	(フリガナ) オオサカフ オオサカシ チュウオウク タニマチ7-1-44	大阪 都道府県 大阪市中央区谷町7丁目1番44号	
※ 住所コード	大阪 都道府県			

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

事由	国保組合の被保険者となった(なる)日
	昭平 年 月 日

事業所所在地	〒543-0001 大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号
事業所名称	医療法人 健有会 田中医院
事業主氏名	理事長 田中太郎
電話	06 (6768 局) 1451 番

法人代表者印

平成 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印

正

◎ 被保険者が年金手帳及び基礎年金番号通知書を所有している場合は必ず年金手帳及び基礎年金番号通知書を添付してください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。
◎ 3枚目以降にも必要事項を記入してください。

雇用継続交流採用終了届

(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

12109

1. 事業所番号
□□□□□□□□□□□□□□□□

2. 被保険者番号
□□□□□□□□□□□□□□□□

3. 姓 (漢字) 4. 名 (漢字)
□□□□□□□□□□□□□□□□

5. フリガナ (カタカナ)
□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 生年月日
□□□□□□□□□□□□□□□□ (2 大正 3 昭和) (4 平成)

7. 資格取得年月日
□□□□□□□□□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成)

8. 雇用継続交流採用開始年月日
元号 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
4- 年 月 日

9. 雇用継続交流採用終了年月日
元号 □□□□ 年 □□ 月 □□ 日
4- 年 月 日

10. 出向先官署コード
□□ □□

※ 11. 交流採用記録取消
□

- 01...内閣官房
- 02...内閣法制局
- 03...人事院
- 04...内閣府 (宮内庁及び国家公安委員会を除く)
- 05...宮内庁
- 06...国家公安委員会
- 07...防衛省
- 08...総務省
- 09...法務省
- 10...外務省
- 11...財務省
- 12...文部科学省
- 13...厚生労働省
- 14...農林水産省
- 15...経済産業省
- 16...国土交通省
- 17...環境省
- 18...会計検査院
- 99...その他

雇用保険法施行規則第12条の2の規定により、上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

事業所名 (所在地)

公共職業安定所長 殿

電話番号

記名押印又は署名

事業主氏名

印

備考

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行書・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		印	

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者

注意

- 1 この届は、被保険者が国と民間企業との間の人事交流に関する法律第21条第1項に規定する雇用継続交流採用職員でなくなったときに、これを雇用する事業主が、当該事実のあった日の翌日から起算して10日以内に、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所の長に提出してください。
- 2 この届の提出にあたっては、当該被保険者が雇用継続交流採用職員でなくなったことの実事及び雇用継続交流採用職員であった期間を証明することができる書類を添えてください。
- 3 届の記載について
 - (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、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
 - (2) 記載すべき事項のない欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
 - (3) 枠からはみださないように大きめのカタカナ、漢字（3、4欄に限る。）又はアラビア数字の標準字体により明瞭に記載してください。

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：団~~ニ~~団~~ニ~~）、~~ア~~（~~ア~~）、また、「~~エ~~」及び「~~エ~~」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
 - (4) 1欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「~~□~~」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。

2欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください。

なお、被保険者番号が16桁（上二段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載してください。
 - (5) 5欄には、被保険者の氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けてください。
 - (6) 6欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、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桁で記載してください。（例：昭和51年2月2日→~~3~~~~5~~~~1~~~~0~~~~2~~~~0~~~~2~~）
 - (7) 7欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている資格取得年月日を、6欄の場合と同様に記載してください。
 - (8) 8欄には、被保険者が雇用継続交流採用を開始した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
 - (9) 9欄には、被保険者が雇用継続交流採用を終了した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
 - (10) 10欄の官署コードは、該当する官署の番号を記載してください。
 - (11) 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その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してください。
 - (12) 事業主の氏名（法人にあつては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。

※ 公共職業安定所記載欄

確認通知 平成 年 月 日

