

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		
					年 月 日			1	平成年	月	日
*					5.昭和			2 5			
					7.平成			3 6			
								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									
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	〒 ー
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 届

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。

※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

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

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

(フリガナ) 平成 (氏)	(フリガナ) ショウコ (名) 昭子	明大昭平	1 年 月 日	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							
(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	明大昭平	1 年 月 日	1 5 2 6 3 7	平成 年 月 日		印
⑩ 郵便番号		⑪ 被保険者住所					
※ 住所コード							
(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	明大昭平	1 年 月 日	1 5 2 6 3 7	平成 年 月 日		印
⑩ 郵便番号		⑪ 被保険者住所					
※ 住所コード							
(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	明大昭平	1 年 月 日	1 5 2 6 3 7	平成 年 月 日		印
⑩ 郵便番号		⑪ 被保険者住所					
※ 住所コード							

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。
◎ 記入の方法は4 枚目の裏面に書いてありますからよく読んでください。

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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

