

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄	事業所整理記号 (厚生年金保険)	—	事業所記号 (健康保険)	
	※届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。			
	事業所所在地	〒 —		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )			

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	(2桁)(氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計 ㉗+㉘) 円		⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) ※該当する場合は、✓を入れてください。		⑪ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※裏面⑫を確認の上、必要な場合は✓してください。	
	⑩ 住所	〒 — 電話番号( - - )									

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② 氏名	(2桁)(氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計 ㉗+㉘) 円		⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) ※該当する場合は、✓を入れてください。		⑪ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※裏面⑫を確認の上、必要な場合は✓してください。	
	⑩ 住所	〒 — 電話番号( - - )									

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② 氏名	(2桁)(氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計 ㉗+㉘) 円		⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) ※該当する場合は、✓を入れてください。		⑪ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※裏面⑫を確認の上、必要な場合は✓してください。	
	⑩ 住所	〒 — 電話番号( - - )									

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② 氏名	(2桁)(氏)	(名)	③ 生年月日	5. 昭和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計 ㉗+㉘) 円		⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) ※該当する場合は、✓を入れてください。		⑪ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※裏面⑫を確認の上、必要な場合は✓してください。	
	⑩ 住所	〒 — 電話番号( - - )									

## 【記入方法】

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号 (厚生年金保険)	01	—	ABC	事業所記号 (健康保険)	123
---------------------	----	---	-----	-----------------	-----

①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を払い出します。記入する必要はありません。番号を指定する場合のみ記入してください。

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ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

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。

5.昭和	6	3	0	5	0	3
7.平成						

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
一般(基金未加入)	1	2
厚生年金基金加入員	5	6

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、個人番号を必ず記入してください。  
※マイナンバーの記入がない場合、処理ができないことがあります

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ヵ月間に、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格、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 : 必要に応じて記入してください。

⑪住所 : 住所(住民登録をされているところ)及び連絡先電話番号を記入してください。  
住所と違うところでお住いの場合は、あわせて住所変更届(居所の届出)を提出してください。

⑫資格確認書発行要否 : 以下に該当する場合は、「□発行が必要」にチェックをしてください。

【資格確認書が必要な場合】

- ・マイナンバーカードを持っていない場合
- ・マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない場合
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの場合

※上記以外の理由で資格取得時点での資格確認書の発行はできません。