

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

(兼)厚生年金保険

70歳以上被用者該当届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険 事業所 記号						
	厚生年金保険 事業所 整理記号						事業所 番号
	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	( )					

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	①健康保険 被保険者 番号		②氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	③生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	④種別	1. 男 2. 女
	⑤取得 区分	<input checked="" type="radio"/> 健保・厚年 <input type="radio"/> 3. 共済出向 <input type="radio"/> 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	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )			
	⑪住民票 住所	〒 -				住所が空欄の場合は該当する項目に○を囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )		⑫資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 2	①健康保険 被保険者 番号		②氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	③生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	④種別	1. 男 2. 女
	⑤取得 区分	<input checked="" type="radio"/> 健保・厚年 <input type="radio"/> 3. 共済出向 <input type="radio"/> 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	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )			
	⑪住民票 住所	〒 -				住所が空欄の場合は該当する項目に○を囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )		⑫資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 3	①健康保険 被保険者 番号		②氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	③生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	④種別	1. 男 2. 女
	⑤取得 区分	<input checked="" type="radio"/> 健保・厚年 <input type="radio"/> 3. 共済出向 <input type="radio"/> 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	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )			
	⑪住民票 住所	〒 -				住所が空欄の場合は該当する項目に○を囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )		⑫資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 4	①健康保険 被保険者 番号		②氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	③生年月日	5.昭和 7.平成	年 月 日	④種別	1. 男 2. 女
	⑤取得 区分	<input checked="" type="radio"/> 健保・厚年 <input type="radio"/> 3. 共済出向 <input type="radio"/> 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	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧) 円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )			
	⑪住民票 住所	〒 -				住所が空欄の場合は該当する項目に○を囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )		⑫資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

記入方法

令和 年 月 日 提出

健康保険 事業所 記号	3	8	0	2		
厚生年金保険 事業所 整理記号	0	1	-	A	B	C
事業所 所在地	〒111-1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3					
事業所 名称	〇〇〇〇株式会社					
事業主 氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇					
電話番号	03	(	1234	)	5678	

この届出は、資格取得の日(⑦欄の日)から  
5日以内に提出してください。

社会保険労務士記載欄
氏名等

①健康保険 被保険者 番号	62	②氏名	(フリガナ) ケンボ 仔弓 (氏名) 健保 一郎	③生年月日	5.昭和 (平成) 071003	④種別	①.男 ②.女
⑤取得 区分	①.健保・厚生 ③.共済出向 ④.船保任継	⑥個人番号	123456789012	⑦取得 (該当) 年月日	9.令和 010501	⑧被扶 養者	0.無 ①.有
⑨報酬 月額	⑦(通貨) 291,500 円 ⑧(現物) 6,500 円	⑩(合計⑦+⑧) 298,000 円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。□ 1. 70歳以上被用者該当□ 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所) 2. 二以上事業所勤務者の取得□ 4. 退職後の継続再雇用者の取得□ 5. その他( )□		
⑪住民票 住所	〒103-0004 東京都中央区東日本橋1-5-13		⑫住所が空欄の場合は該当する項目に ○を囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )	資格確認書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

- ① 健康保険被保険者番号 : 資格取得時に払い出す被保険者番号を、必ず記入してください。
- 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ご記入ください。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 : 該当する番号を○で囲んでください。なお、年月日が1桁の場合は、前に0を記入してそれぞれ2桁にしてください。
- ④ 種別 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ⑥ 個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を正確にご記入ください。
- 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)、(70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日)、その使用される事業所が適用事業所となった日等をご記入ください。
- 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』の提出が別途必要です。
- ⑨ 報酬月額 : 「⑦(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)で支払われる全ての合計金額をご記入ください。  
※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ご記入ください。  
※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ご記入ください。  
「⑧(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ご記入ください。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)をご記入ください。
- ⑩ 備考 : 該当する場合に番号を○で囲んでください。  
「1. 70歳以上被用者該当」は、被用者が70歳以上の方の場合に、○で囲んでください。在職中に70歳に到達した場合は、この届書ではなく、『70歳到達届』(資格喪失届・70歳以上該当届)をご提出ください。(厚生年金保険のみ)  
「2. 二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。  
「3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。  
「4. 退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。
- ⑪ 住民票住所 : 住民票住所は正確にご記入ください。なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入し、該当する理由を○で囲んでください。「3. その他」の場合はその理由をご記入ください。
- ⑫ 資格確認書発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。※以下に該当する場合に限り  
・ マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者  
・ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者  
・ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

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事業主印が押印されているもの)等
- ・ 「⑦取得年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から60日以上さかのぼる場合  
資格取得年月日以降、受付日までに支給された給与等に係る賃金台帳および給与計算の基礎となった出勤簿のコピー

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2か月以上であること(雇用期間が2か月未満であるが、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(年間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(精皆動手当、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。