

様式コード
2200

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	課長	係長	係員

令和 年 月 日 提出

受付年月日

提出者記入欄	厚生年金保険 事業所整理記号	事業所番号	健保記号
	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	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日	④ 種別	1 男 2 女
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日	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 標準報酬月額 千円	⑪ 備考	該当する項目を○で囲んでください 1. 短時間労働者の取得(3/4未満) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 ()	
	⑫ 住民票住所	〒 フリガナ					
	⑬ 居所住所	〒 フリガナ					
							⑭ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

※ 住民票住所と居所住所が相違している場合は、⑫⑬ともにご記入ください。

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日	④ 種別	1 男 2 女
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日	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 標準報酬月額 千円	⑪ 備考	該当する項目を○で囲んでください 1. 短時間労働者の取得(3/4未満) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 ()	
	⑫ 住民票住所	〒 フリガナ					
	⑬ 居所住所	〒 フリガナ					
							⑭ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

※ 住民票住所と居所住所が相違している場合は、⑫⑬ともにご記入ください。

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日	④ 種別	1 男 2 女
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日	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 標準報酬月額 千円	⑪ 備考	該当する項目を○で囲んでください 1. 短時間労働者の取得(3/4未満) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 ()	
	⑫ 住民票住所	〒 フリガナ					
	⑬ 居所住所	〒 フリガナ					
							⑭ 資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

※ 住民票住所と居所住所が相違している場合は、⑫⑬ともにご記入ください。

資格確認書を受領いたしました
氏名

東京都金属プレス工業健康保険組合

記入例|資格取得届

令和 6 年 12 月 2 日提出

提出者記入欄	厚生年金保険 事業所整理記号	-	事業所番号	健保記号	8500
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました 〒 123 - 1234				
	事業所 所在地	東京都〇〇区〇〇町1-2-3			
	事業所 名称	株式会社〇〇〇〇工業			
	事業主 氏名	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇			
電話 番号	03 (1234) 5678				

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	88	② 氏名	フリガナ 〇〇〇〇 氏 〇〇〇	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 07 04 01	④ 種別	① 男 2 女	
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	⑦ 取 得 年 月 日	7.平成 年 月 日 9.令和 06 12 02	⑧ 被 扶 養 者	0.無 ①.有	
	⑨ 報 酬 月 額	⑦(通貨) 325,000 円 ⑧(現物) 8,700 円	⑩(合計⑦+⑧)	333,700 円	⑩ 標 準 報 酬 月 額	340 千円	⑪ 備 考	該当する項目を○で囲んでください 1. 短時間労働者の取得(3/4未満) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 ()	
	⑫ 住 民 票 住 所	〒 123 - 4567 フリガナ 東京都〇〇〇区〇〇町4-5-6							
	⑬ 居 所 住 所	〒 - フリガナ							
								⑭ 資 格 確 認 書 発 行 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

記入方法

- ① 被保険者整理番号 : 被保険者別に番号をご記入ください。
- 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 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は上図を参照しご記入ください。
- 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、個人番号をご記入ください。
- ⑦ 取 得 年 月 日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上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』の届出が別途必要です。
- 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)で支払われるすべての合計金額をご記入ください。
 - ・ 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。
 - ・ 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。
 - ・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1ヶ月間に、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・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 標 準 報 酬 月 額 : ⑨報酬月額「⑦(合計⑦+⑧)」の額を健康保険法第四十条に掲げられている「標準報酬区分表」にあてはめて得られた標準報酬月額を記入してください。
- ⑪ 備 考 : 「1.短時間労働者の取得(3/4未満)」は、短時間労働者(特定・任意・特定適用事業所に該当する場合)に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。その際は、週の労働時間を確認するため契約書の写しを添付してください。
「2.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。
- ⑫ 住 民 票 住 所 : 住民票住所をご記入ください。
- ⑬ 居 所 住 所 : 住民票住所と居所住所が相違している場合はご記入ください。

⑭ 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」の口に入力してください。 ※以下に該当する場合に限ります。 <ul style="list-style-type: none">・ 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・退職辞令の写し等退職日が確認できる書類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写し
 - 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