様式コード			
2	2	0	0

健康保険
厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届
70歳以上被用者該当届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

受付印

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

健康保険事業所整理記号	
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	（　　）

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 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別 1.男 2.女
⑤ 取得区分	1.健保・厚年	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	㋐ 通貨　円 ㋑ 現物　円	㋒ 合計（㋐+㋑）　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 現住所	〒　　－				⑬ 資格確認書発行要否	発行が必要 □	
⑫ 住民票住所 ⑪現住所と同じ場合は同上にチェックしてください	同上 □	※⑪現住所と異なる場合のみ記入 〒　　－					

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 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別 1.男 2.女
⑤ 取得区分	1.健保・厚年	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	㋐ 通貨　円 ㋑ 現物　円	㋒ 合計（㋐+㋑）　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 現住所	〒　　－				⑬ 資格確認書発行要否	発行が必要 □	
⑫ 住民票住所 ⑪現住所と同じ場合は同上にチェックしてください	同上 □	※⑪現住所と異なる場合のみ記入 〒　　－					

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 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別 1.男 2.女
⑤ 取得区分	1.健保・厚年	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	㋐ 通貨　円 ㋑ 現物　円	㋒ 合計（㋐+㋑）　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 現住所	〒　　－				⑬ 資格確認書発行要否	発行が必要 □	
⑫ 住民票住所 ⑪現住所と同じ場合は同上にチェックしてください	同上 □	※⑪現住所と異なる場合のみ記入 〒　　－					

被保険者4

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 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別 1.男 2.女
⑤ 取得区分	1.健保・厚年	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	㋐ 通貨　円 ㋑ 現物　円	㋒ 合計（㋐+㋑）　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 現住所	〒　　－				⑬ 資格確認書発行要否	発行が必要 □	
⑫ 住民票住所 ⑪現住所と同じ場合は同上にチェックしてください	同上 □	※⑪現住所と異なる場合のみ記入 〒　　－					

記入例｜被保険者資格取得届【2024.12】

令和　6　年　5　月　1　日提出

受付印

提出者記入欄		
健康保険事業所整理記号	1 2 3 4	
厚生年金保険事業所整理記号	0 1 － A B C	事業所番号 1 2 3 4 5
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。 〒 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	

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	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇						〇〇							③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	1 0 年	1 2 月	0 1 日	④ 種別	1.男 2.女
			氏 〇〇〇						名 〇〇													
⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3		⑦ 取得年月日	9.令和	0 6 年	0 5 月	0 1 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
⑨ 報酬月額	㋐ 通貨 295,000 円 ㋑ 現物 6,500 円						㋒ 合計（㋐+㋑） 301,500 円									⑩ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 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 現住所	〒 111 － 1111 東京都〇〇区〇〇〇4-5-6															⑬ 資格確認書発行要否	発行が必要 ☐					
⑫ 住民票住所 ⑪現住所と同じ場合は同上にチェックしてください	同上 ☑	※⑪現住所と異なる場合のみ記入 〒 －																				

記入方法｜記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

① 被保険者整理番号	被保険者別に追番号をご記入ください。
② 氏 名	住民票に登録されている氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナでご記入ください。）
④ 種 別	該当する番号を〇で囲んでください。
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（事実上の使用関係が発生した日）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」を〇で囲み、「被扶養者（異動）届」の届出が別途必要です。 健康保険の被扶養者がない場合は「0.無」を〇で囲んでください。
⑨ 報酬月額	「㋐通貨」は、給料、手当等の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か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。 「㋑現物」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格、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	該当する番号を〇で囲んでください。
⑪ 現住所	居住地の住所をご記入ください。
⑫ 住民票住所	現住所と同じ場合は同上にチェックしてください。 なお、⑪現住所と異なる場合は、住民票の住所をご記入ください。
⑬ 資格確認書発行要否	資格確認書の発行が必要な場合（※）はチェックしてください。 （※）以下に該当する場合に限ります。 ・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

- 〇 60歳以上の退職後の継続再雇用者の場合、「再雇用契約書(写)」などの、継続して再雇用されたことが確認できる書類。
- 〇 60日以上さかのぼってこの届書を提出する場合、資格取得日以降、提出日までに支給された給与等に係る「賃金台帳(写)」および給与計算の基礎となった「出勤簿(写)」。
- 〇 外国人の場合、「在留カード(写)」。

お知らせ

・マイナンバー制度の導入に伴い、現住所（居所）と住民票住所の両方を管理することにしています。現住所（居所）又は住民票住所を変更した場合は、別途「被保険者・被扶養者 住所変更届」をご提出ください。

・この「被保険者資格取得届」を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、決定通知書が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。