

# 健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長 (課長)	課長 (課長代理)	担当者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	日本年金機構 事業所 整理記号	日本年金機構 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	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

健康保険組合 事業所番号				
-----------------	--	--	--	--

受付印
-----

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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	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 ⑩(合計 ⑦+⑩) 円 ⑩(現物) 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(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )		
	⑪ 住民票住所 〒 - (フリガナ)	⑬ 資格確認書発行の要否・その理由 発行が必要 <input type="checkbox"/>		
	⑫ 居住地住所 同上 <input type="checkbox"/>	⑭ 該当する項目を○で囲んでください。 1. マイナンバーカードを持っていない 2. 保険証利用登録をしていない 3. 第三者に確認書を預ける必要がある 4. マイナンバーカードを紛失、更新中		

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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	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 ⑩(合計 ⑦+⑩) 円 ⑩(現物) 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(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )		
	⑪ 住民票住所 〒 - (フリガナ)	⑬ 資格確認書発行の要否・その理由 発行が必要 <input type="checkbox"/>		
	⑫ 居住地住所 同上 <input type="checkbox"/>	⑭ 該当する項目を○で囲んでください。 1. マイナンバーカードを持っていない 2. 保険証利用登録をしていない 3. 第三者に確認書を預ける必要がある 4. マイナンバーカードを紛失、更新中		

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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	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 ⑩(合計 ⑦+⑩) 円 ⑩(現物) 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(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )		
	⑪ 住民票住所 〒 - (フリガナ)	⑬ 資格確認書発行の要否・その理由 発行が必要 <input type="checkbox"/>		
	⑫ 居住地住所 同上 <input type="checkbox"/>	⑭ 該当する項目を○で囲んでください。 1. マイナンバーカードを持っていない 2. 保険証利用登録をしていない 3. 第三者に確認書を預ける必要がある 4. マイナンバーカードを紛失、更新中		

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 年 月 日 7.平成 年 月 日	④ 種別 1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	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 ⑩(合計 ⑦+⑩) 円 ⑩(現物) 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(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他( )		
	⑪ 住民票住所 〒 - (フリガナ)	⑬ 資格確認書発行の要否・その理由 発行が必要 <input type="checkbox"/>		
	⑫ 居住地住所 同上 <input type="checkbox"/>	⑭ 該当する項目を○で囲んでください。 1. マイナンバーカードを持っていない 2. 保険証利用登録をしていない 3. 第三者に確認書を預ける必要がある 4. マイナンバーカードを紛失、更新中		

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



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	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	( )		

受付印

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)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得(該当)年月日	⑧ 被扶養者
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考		
	⑪ 住所	住民票住所を記入できない理由		

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得(該当)年月日	⑧ 被扶養者
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考		
	⑪ 住所	住民票住所を記入できない理由		

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得(該当)年月日	⑧ 被扶養者
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考		
	⑪ 住所	住民票住所を記入できない理由		

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別
	⑤ 取得分	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得(該当)年月日	⑧ 被扶養者
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考		
	⑪ 住所	住民票住所を記入できない理由		

この届書は「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」にご提出いただくものです。

- ・70歳以上の方について提出する場合は、「⑩備考」欄の「1.70歳以上被用者該当」を○で囲んでください。
- ・従業員等が在職中に70歳に到達した場合は、別様式『70歳到達届』（資格喪失届・70歳以上被用者該当届）の届出をお願いします。

### -記入方法-

提出者記入欄 : 日本年金機構事業所整理記号・事業所番号、健康保険組合事業所番号は下図を参照し、ご記入ください。

日本年金機構 事業所 整理記号	0	1	-	イ	ロ	ハ	日本年金機構 事業所番号	1	2	3	4	5	健康保険組合 事業所番号	9	9	9
-----------------------	---	---	---	---	---	---	-----------------	---	---	---	---	---	-----------------	---	---	---

- ①被保険者整理番号 : 記入がない場合は、提出順に被保険者整理番号を払い出します。
- 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。生年月日は下図を参照しご記入ください。  

昭和 平成	6	3	0	5	0	3
----------	---	---	---	---	---	---
- ④種別 : 男性は 1、女性は 2 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、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) : 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。  
※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。
  - ④(現物) : 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・70歳以上該当届）をご提出ください。
  - 「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）」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 : 住民票住所をご記入ください。なお、日本国内に住民票（個人番号）を有していないなど、住民票住所を記入できない場合は、「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれかが該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。
- ⑫居住地住所 : 住民票住所と同じ場合は、□にチェックをしてください。  
住民票住所と違う場合は、居住地住所をご記入ください。
- ⑬資格確認書発行の要否・その理由 : 次の場合に、□にチェックをし、該当する項目を○で囲んでください。
  1. マイナンバーカードを持っていない方
  2. マイナンバーカードの健康保険証利用登録をされていない方
  3. マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしているが、第三者（施設や保育所等）に確認書を預ける必要がある場合
  4. マイナンバーカードを紛失、更新中の場合

### -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・退職辞令のコピー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ているもの）等

### -お知らせ-

- ・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、『資格取得確認および標準報酬決定通知書』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。
- ・「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. 賃金の月額が88,000円（年額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。
  - ウ. 学生でないこと
- ※上記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、通常の被保険者となります。