様式第三号の二(第二十四条関係)

□健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得届・厚生年金保険70歳以上被用者該当届

様式コード2200

1. 個人番号

2. 被保険者生年月日　元号　年　月　日　(5 昭和　7 平成　9 令和)

3. 性別　(1 男　2 女)

4. 被保険者氏名

フリガナ(カタカナ)

5. 変更後の氏名

フリガナ(カタカナ)

17. 社会保険事業所整理記号

18. 社会保険事業所番号

19. 社会保険被保険者整理番号

20. 種別　(1 男　5 男(基金)　2 女　6 女(基金)　3 坑内員　7 坑内員(基金))

21. 社会保険資格取得区分　(1 健康・厚年　3 共済出向)

22. 基礎年金番号(個人番号を記入した場合は、記入は不要です。)

23. 社会保険資格取得年月日　元号　年　月　日　(5 昭和　7 平成　9 令和)

24. 被扶養者　(0 無　1 有)

25. 報酬月額

| | | |
|---|---|---|
| (通貨) | | 円 |
| (現物) | | 円 |
| 合計 | | 円 |

26. 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　　4　退職後の継続再雇用者の取得
2　二以上事業所勤務者の取得　5　その他(　　)
3　短時間労働者の取得(特定適用事業所等)

27. 被保険者の住所(個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。)

郵便番号

理由：1 海外在住　2 短期在留　3 その他(　　)

28. 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。)

□発行が必要

※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

被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

29. 被保険者氏名(ローマ字)(アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名(ローマ字)[続き]

36. 住民票の有無　(1 有　2 無)

37. 漢字氏名　フリガナ　(氏)　(名)

38. 通称名　フリガナ　(氏)　(名)

39. ローマ字氏名をお持ちでない理由

□短期在留者のため　□海外に住所を有している者であるため
□在留カード(または特別永住者証明書)にローマ字氏名が記載されていないため　□その他(理由　　)

44. 事業所名称

令和　年　月　日提出

住所　〒

事業主氏名

電話番号

| 社会保険労務士記載欄 | | 氏名 |
|---|---|---|
| | | |