

□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

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)	<input type="text"/>	円
	(現物)	<input type="text"/>	円
	合計	<input type="text"/>	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	<input type="text"/>	+ <input type="text"/>	<input type="text"/>	理由: <input type="checkbox"/> 1 海外在住 <input type="checkbox"/> 2 短期在留 <input type="checkbox"/> 3 その他( )
------	----------------------	------------------------	----------------------	---

被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

28. 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)

35. 住民票の有無  (1 有)  
 (2 無)

36. 漢字氏名

フリガナ (氏)	<input type="text"/>	(名)
-------------	----------------------	-----

37. 通称名

フリガナ (氏)	<input type="text"/>	(名)
-------------	----------------------	-----

38. ローマ字氏名をお持ちでない理由

<input type="checkbox"/> 短期在留者のため	<input type="checkbox"/> 海外に住所を有している者であるため	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> その他(理由)
-----------------------------------	--	---	----------------------------------

43. 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	<input type="text"/>	氏名	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----	----------------------