

□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

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

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

住所 〒

令和 年 月 日提出

事業主氏名

電話番号

社会保険 労務士 記載欄		氏 名