様式第七号の二(第十五条及び第十五条の四関係)

□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 健保・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)　6 特定減額特例対象者の任意取得

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〕

35. 住民票の有無　(1 有 2 無)

36. 漢字氏名　(フリガナ　(氏)　(名))

37. 通称名　(フリガナ　(氏)　(名))

38. 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　　)

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		氏　名