様式第七号の三（第十五条、第十五の四及び第二十一条関係）

様式コード
2 2 0 7 3

厚生年金保険被保険者 ローマ字氏名届

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	〒　－	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	（　　）	

社会保険労務士記載欄
氏名等

A 基本情報

① 基礎年金番号						
② 性別	1．男 2．女	③ 生年月日（西暦）	年　月　日	④ 住民登録の有無	1．無 2．有	
⑤ ローマ字氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （ローマ字）			関連届書使用氏名		☐

※「漢字氏名」「通称名」をお持ちの方は、下記の欄にご記入ください（記入は任意です）。

B 漢字氏名 通称名

⑥ 漢字氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （氏）	（名）	関連届書使用氏名	☐
⑦ 通称名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （氏）	（名）	関連届書使用氏名	☐

※「ローマ字氏名」をお持ちでない場合は、その理由をチェック☑してください。

C 理由記入欄

- ☐ 短期在留者であるため
- ☐ 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（　　）

【記入上の注意】
1 「④住民登録の有無」欄は、該当する番号を○で囲んでください。
2 フリガナは、被保険者資格取得届に記入したものと同じフリガナを記入してください。
3 ローマ字氏名は、在留カードもしくは特別永住者証明書または住民票に記載されているローマ字氏名を大文字で記入してください。 なお、ローマ字氏名をお持ちでない方については「⑤ローマ字氏名欄」に被保険者資格取得届等に記載したカナ氏名を記入のうえ、「C理由記入欄」にその理由を記入してください。
4 関連届書使用氏名のチェック欄は、被保険者資格取得届等に使用している氏名にチェック☑してください。