

健康保険 被保険者資格取得届  
 厚生年金保険 (兼) 厚生年金保険 70歳以上被用者該当届

常務理事	事務長		処理者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者等記号				
	厚生年金保険事業所整理記号			事業所番号	
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。			
	事業所名称	〒 _____			
	事業主氏名 電話番号	( _____ )			

受付印

社会保険労務士記載欄   氏名等

被保険者 1	① 被保険者整理番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 5.男 6.女	基金	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号 〔基礎年金番号〕	⑦ 取得年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑧ 現物 円	⑨ 合計 (⑦+⑧)	円	⑩ 備考					
	⑪ 住民票住所	〒 _____							⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 5.男 6.女	基金	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号 〔基礎年金番号〕	⑦ 取得年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑧ 現物 円	⑨ 合計 (⑦+⑧)	円	⑩ 備考					
	⑪ 住民票住所	〒 _____							⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 5.男 6.女	基金	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号 〔基礎年金番号〕	⑦ 取得年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑧ 現物 円	⑨ 合計 (⑦+⑧)	円	⑩ 備考					
	⑪ 住民票住所	〒 _____							⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② フリガナ 氏名	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1.男 2.女 5.男 6.女	基金	
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号 〔基礎年金番号〕	⑦ 取得年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑧ 現物 円	⑨ 合計 (⑦+⑧)	円	⑩ 備考					
	⑪ 住民票住所	〒 _____							⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	

記入例 | 資格取得届

令和 6 年 12 月 3 日提出

健康保険・厚生年金保険  
各1部提出が必要です  
※別途手続きしている場合は不要

健康保険の資格取得には  
個人番号が必須となります

提出者記入欄	健康保険 被保険者等記号	1	2	3	4	厚生年金保険 事業所整理記号	0	1	-	A	B	C	事業所 番号	0	1	2	3	4
	事業所 所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇 1-2-3																
	事業所 名称	〇〇〇〇 株式会社																
	事業主 氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇																
電話番号	03 ( 1234 ) 5678																	

社会保険労務士記載欄   氏名等

被保険者1	① 被保険者 整理番号	12	② フリガナ 氏名	〇〇〇	〇〇	③ 生年月日	5.昭和 9.平成 令和	0	2	1	2	0	1	④ 種別	①男 2女 5男 6女 基金										
	⑤ 取得 区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号 (基礎年 金番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	⑦ 取得 年月日	9.令和	0	6	1	2	0	2	⑧ 被扶 養者	0.無 ①有
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨	295,000 円		⑦ 合計 (⑦+⑧)		301,500 円		⑩ 備考																
	⑩ 住民票 住所	〒 111 - 1111 東京都〇〇市〇〇〇 2-3-4												⑫ 資格確認書 発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要										

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 被保険者整理番号 被保険者別に追番号をご記入ください。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 種別 該当する番号を○で囲んでください。(厚生年金基金加入員の場合は5もしくは6を○で囲んでください。)
- ⑥ 個人番号 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ⑦ 取得年月日 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)をご記入ください。
- ⑧ 被扶養者 健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を○で囲み、「被扶養者(異動)届」をご提出ください。  
健康保険の被扶養者がいない場合は「0.無」を○で囲んでください。
- ⑨ 報酬月額 「⑦通貨」は、給料、手当等の名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計額をご記入ください。  
・ 臨時に支払うものや3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。  
・ 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額をご記入ください。  
・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1か月間に同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。  
  
「⑧現物」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについてご記入ください。  
・ 現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事、住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)をご記入ください。
- ⑩ 住民票住所 住民票住所をご記入ください。
- ⑫ 資格確認書発行要否 資格確認書の発行について、必要または不要のどちらかにチェックを入れてください。  
※以下に該当する場合に限りです。  
・ 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

日本年金機構分の注意事項

- ① 被保険者整理番号 提出順に被保険者整理番号を払出ししますので、記入する必要はありません。
- ⑩ 備考 厚生年金保険の70歳以上被用者に該当する場合は、「70歳以上被用者該当」とご記入ください。