様式第七号の三(第十五条及び第二十一条関係)

# 厚生年金保険被保険者　ローマ字氏名届

| 基礎年金番号 | 生年月日(西暦) | 性別 | 住民票の有無 |
|---|---|---|---|
| | 年　月　日 | 1　男<br>2　女 | 1　無<br>2　有 |

被保険者氏名

| | |
|---|---|
| 氏名記入欄 ローマ字 | (フリガナ) |
| | (ローマ字) |

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

| | | |
|---|---|---|
| 漢字氏名記入欄 | (フリガナ) | |
| | (氏) | (名) |
| 通称名記入欄 | (フリガナ) | |
| | (氏) | (名) |

※当該被保険者が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(レ)してください。

| | |
|---|---|
| 理由記入欄 | □短期在留者であるため<br>□海外に住所を有している者であるため<br>□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<br>□その他　理由(　　) |

【記入上の注意】

1　「住民票の有無」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ものを記入してください。
3　ローマ字氏名は、在留カード若しくは特別永住者証明書又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、「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、「理由記入欄」にその理由を記入してください。

| | |
|---|---|
| | 令和　年　月　日　提出 |
| 事業所所在地 | 〒　— |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | (　　)　— |

| 社会保険労務士の提出代行者欄 |
|---|
| |