様式第七号（第十五条及び第十五条の二関係）

（表面）

様式コード
2 2 0 0

健康保険
厚生年金保険
（兼）厚生年金保険

被保険者資格取得届
70歳以上被用者該当届

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	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	（　　）

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氏名	（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　5. 男（基金） 2. 女　6. 女（基金） 3. 坑内員　7. 坑内員（基金）	
⑤取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号［基礎年金番号］			⑦取得（該当）年月日	9. 令和	年	月	日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有	
⑨報酬月額	㋐（通貨）　円 ㋑（現物）　円	㋒（合計 ㋐+㋑）　円			⑩備考							
⑪住所	〒　　—									⑫資格確認書発行要否	□　発行が必要	

被保険者2												
①被保険者整理番号		②氏名	（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　5. 男（基金） 2. 女　6. 女（基金） 3. 坑内員　7. 坑内員（基金）	
⑤取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号［基礎年金番号］			⑦取得（該当）年月日	9. 令和	年	月	日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有	
⑨報酬月額	㋐（通貨）　円 ㋑（現物）　円	㋒（合計 ㋐+㋑）　円			⑩備考							
⑪住所	〒　　—									⑫資格確認書発行要否	□　発行が必要	

被保険者3												
①被保険者整理番号		②氏名	（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　5. 男（基金） 2. 女　6. 女（基金） 3. 坑内員　7. 坑内員（基金）	
⑤取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号［基礎年金番号］			⑦取得（該当）年月日	9. 令和	年	月	日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有	
⑨報酬月額	㋐（通貨）　円 ㋑（現物）　円	㋒（合計 ㋐+㋑）　円			⑩備考							
⑪住所	〒　　—									⑫資格確認書発行要否	□　発行が必要	

被保険者4												
①被保険者整理番号		②氏名	（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　5. 男（基金） 2. 女　6. 女（基金） 3. 坑内員　7. 坑内員（基金）	
⑤取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号［基礎年金番号］			⑦取得（該当）年月日	9. 令和	年	月	日	⑧被扶養者	0. 無　1. 有	
⑨報酬月額	㋐（通貨）　円 ㋑（現物）　円	㋒（合計 ㋐+㋑）　円			⑩備考							
⑪住所	〒　　—									⑫資格確認書発行要否	□　発行が必要	

（裏面）

記入方法

提出者記入欄　：　事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所番号	1	2	3	4	5

①被保険者整理番号：提出順に被保険者整理番号を払い出ししますので、記入する必要はありません。
②氏名　：　氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
③生年月日　：　年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和 7.平成 9.令和	6	年 3	0	月 5	0	日 3

④種別　：　下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般(基金未加入)	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分　：　下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

1. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき(船員保険適用者を除く)
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

⑥個人番号(基礎年金番号)　：　本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、必ず個人番号を記入してください。
⑦取得(該当)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)、(70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日)、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。
⑧被扶養者　：　健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。
「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。
⑨報酬月額　：　「㋐(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われる全ての合計金額を記入してください。
※1　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。
※2　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。
※3　実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、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記入してください。
「㋑(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記入してください。
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額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。
⑩備考　：　必要に応じて記入してください。
⑪住所　：　住所を記入してください。
※日本年金機構に提出する際「⑥個人番号」欄に個人番号を記入した場合、住所記入は不要です。
※健康保険組合が管掌する健康保険の被保険者であって、健康保険組合が当該被保険者の住所に係る情報を求めないときは、住所の記入は不要です。
⑫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。
※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

備考1：この用紙は、A列4番とすること。
2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。