

常務理事	事務長	部長	課長	係長	CPU

令和 年 月 日提出

事業主記入欄	健康保険 被保険者証記号				
	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	〒 ー			
	事業主 氏名	Ⓜ			
	電話番号	( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )			
<p>●事業主の押印については、署名(自筆)の場合は、省略できます。被保険者本人が自ら署名する場合は、被保険者本人の押印は不要です。</p>					
社会保険労務士記載欄					
氏名等 Ⓜ					
受付印					

※事業主が、認定を受ける方の続柄を裏面A.の添付書類で確認した場合は、B欄・C欄①の「続柄確認済み」の□に✓を付してください。(添付書類については裏面を参照)

A. 被保険者欄	① 被保険者証の番号		② 氏名	フリガナ 氏 名	Ⓜ	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	④ 性別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑥ 収入(年収)					⑦ 備考	
	⑧ 住所	〒 ー										

配偶者が被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

B. 配偶者である被扶養者欄	① 氏名	フリガナ 氏 名	Ⓜ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 住所	同居 別居	〒 ー	⑥ 個人番号								
	⑦ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他 ( )	⑧ 職業		⑨ 収入(年収)	給与・年金・その他 円	雇用保険の受給 1. する 2. しない	
	⑩ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 死亡(月日) 2. 離婚 3. 就職・収入増加 4. 障害認定 5. その他 ( )	⑪ 備考					

被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください

配偶者の収入(年収)

円

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

C. その他の被扶養者欄	① 氏名	フリガナ 氏 名	Ⓜ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 住所	同居 別居	〒 ー	⑥ 個人番号								
	⑦ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 出生 2. 離職 3. 収入減少 4. 同居 5. その他 ( )	⑧ 職業		⑨ 収入(年収)	給与・年金・その他 円	雇用保険の受給 1. する 2. しない	
	⑩ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 死亡(月日) 2. 就職 3. 収入増加 4. 障害認定 5. その他 ( )	⑪ 備考					

C. その他の被扶養者欄	① 氏名	フリガナ 氏 名	Ⓜ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 住所	同居 別居	〒 ー	⑥ 個人番号								
	⑦ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 出生 2. 離職 3. 収入減少 4. 同居 5. その他 ( )	⑧ 職業		⑨ 収入(年収)	給与・年金・その他 円	雇用保険の受給 1. する 2. しない	
	⑩ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 死亡(月日) 2. 就職 3. 収入増加 4. 障害認定 5. その他 ( )	⑪ 備考					

C. その他の被扶養者欄	① 氏名	フリガナ 氏 名	Ⓜ	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 住所	同居 別居	〒 ー	⑥ 個人番号								
	⑦ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 出生 2. 離職 3. 収入減少 4. 同居 5. その他 ( )	⑧ 職業		⑨ 収入(年収)	給与・年金・その他 円	雇用保険の受給 1. する 2. しない	
	⑩ 理由	7. 平成 9. 令和	年	月	日	1. 死亡(月日) 2. 就職 3. 収入増加 4. 障害認定 5. その他 ( )	⑪ 備考					

- 記入に際しては、裏面の記入方法をよくお読みの上、もれなくご記入ください。
  - 国民年金第3号被保険者の申請は、事業主様で添付書類等をご用意の上、直接日本年金機構へ提出してください。
- ※ 「非該当」の場合、⑥個人番号欄の記入は必要ありません。