

健康保険組合には1枚目と2枚目の健康保険分(正・副)、日本年金機構管轄事務センター、もしくは管轄年金事務所には3枚目の厚生年金保険分をそれぞれ提出してください。

記入例 | 資格取得届

令和 3 年 5 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	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 東京都〇〇区〇〇町1-2-3										
	事業所名称	〇〇〇〇株式会社										
	事業主氏名	代表取締役社長 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 被保険者証の番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇 氏 〇〇〇 〇〇	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	1	0	1	2	0	1	④ 種別	1. 男 2. 女 5. 男 基金 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	3	0	5	0	1	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	②通貨	295,000 円			⑦合計(②+④)	301,500 円			標準報酬月額 健 300 千円 厚 300 千円	⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の取得 <input type="checkbox"/> その他 ()													
	⑪ 住所	〒111-1111 東京都〇〇市〇〇〇 2-3-4																							

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。

- 被保険者証の番号 被保険者別に追番号をご記入ください。
- 氏名 住民票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)。
- 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)。
- 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。
- 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。
- 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。
- 報酬月額 「②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ご記入ください。「④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額、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。
- 備考 必要に応じご記入ください。
- 住所 住民票住所をご記入ください。

3枚目(日本年金機構分)の注意事項

- 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。
- 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。

添付書類

- 60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等