健康保険 厚生年金保険 被保険者資格取得届

①事業所整理記号	②事業所番号
※	

③※ 被保険者整理番号	④ 被保険者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 種別(性別)	⑦ 取得区分	⑧ 基礎年金番号	⑨※ 作成原因	⑮ 資格取得年月日	㋐ 報酬月額	㋑通貨によるものの額 ㋒現物によるものの額 ㋓ 合計	⑯※ 標準報酬月額	㋔ 被扶養者の有無	⑱※ 健康保険被保険者証の不要	⑲※ 強制付番指定	※ 年金手帳の不要
	フリガナ (氏) (名)	明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	15・26・37	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円		健 千円 年 千円	無・有			送信
⑩郵便番号 ※住所コード		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道府県							㋕ 備考				
	フリガナ (氏) (名)	明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	15・26・37	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円		健 千円 年 千円	無・有			送信
⑩郵便番号 ※住所コード		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道府県							㋕ 備考				
	フリガナ (氏) (名)	明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	15・26・37	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円		健 千円 年 千円	無・有			送信
⑩郵便番号 ※住所コード		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道府県							㋕ 備考				
	フリガナ (氏) (名)	明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	15・26・37	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円		健 千円 年 千円	無・有			送信
⑩郵便番号 ※住所コード		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道府県							㋕ 備考				

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 －
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話	(局) 番

本資料は、外国企業が日本に会社等を設立する際に必要となる登記、査証、税制、人事・労務の各種申請様式について、その要点と記載事例等を示したサンプルです。本資料は、管轄省庁等が提供する正式な書式ではありませんので、実際に手続きを行う際には、専門家に相談、または、管轄省庁のウェブサイト等からダウンロードするなど、最新の正式な書式を入手してください。

本資料に関する管轄省庁：総務省
URL：*http://www.nenkin.go.jp/service/kounen/jigyosho-hiho/hihokensha1/20150422.files/0000002415.pdf*

なお、本資料で提供している情報は、ご利用される方のご判断・責任においてご使用下さい。ジェトロでは、できるだけ正確な情報の提供を心掛けておりますが、本資料で提供した内容に関連して、ご利用される方が不利益等を被る事態が生じたとしても、ジェトロは一切の責任を負いかねますので、ご了承下さい。

記入例

事業所整理記号、事業所番号を**必ず**記入してください。

いずれかを○で囲んでください。
※1 男子、2 女子、3 坑内員、
5 基金加入男子、6 基金加入女子、
7 基金加入坑内員

70歳以上の人は健康保険のみの加入となりますので、
①届書名の「健康保険」を囲み、
②70歳未満の人とは用紙を別にして作成・提出してください。

基礎年金番号通知書または年金手帳に記載された基礎年金番号を記入してください。
※1 初めて公的年金に加入する人は記入不要です。
※2 年金手帳の紛失等により基礎年金番号が不明の場合は「年金手帳再交付申請書」を一緒に提出してください。

被扶養者届の添付の有無を囲んでください。

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

届書コード	処理区分	届書
200		

①事業所整理記号	②事業所番号
麹町 けいと	00123

③ 被保険者整理番号	④ 被保険者の氏名	生年月日	⑥ 種別（性別）	⑦ 取得区分	⑧ 基礎年金番号	⑨ 作成原因	⑮ 資格取得年月日	㋐ 報酬月額	⑯ 標準報酬月額	㋔ 被扶養者の有無	⑱ 健康保険被保険者証の不要	⑲ 強制付番指定	年金手帳の不要
	フリガナ コウ ネン イチ ロウ 厚年 一郎	明.1 大.3 昭.5 平.7 5 6 0 8 0 9	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		平成 2 2 0 4 0 1	㋑ 198,000円 ㋒ 0 ㋓ 198,000円	健 千円 厚 千円	無・有			

⑩郵便番号	※住所コード	⑪ 被保険者住所	
160-0000		フリガナ スギナミクタカイド1−2−3 東京都 杉並区高井戸1−2−3	

㋕ 備考

	フリガナ	明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4			平成 年 月 日	円	健 千円 厚 千円	無・有			

⑩郵便番号	※住所コード	⑪ 被保険者住所	
		フリガナ 都道府県	

㋕ 備考

		明.1 大.3 昭.5 平.7 年 月					月 日		健 千円 厚 千円	無・有			

⑩郵便番号	※住所コード	⑪ 被保険者住所	
		フリガナ 都道府県	

㋕ 備考

	フリガナ						平成 年 月 日		健 千円 厚 千円	無・有			

⑩郵便番号	※住所コード	⑪ 被保険者住所	
		フリガナ 都道府県	

㋕ 備考

①郵便番号を必ず記入してください。
②住所は都道府県から漢字でアパート、マンション名を含めて正確に記入し、カナを振ってください。

いずれかを○で囲んでください。
※新1 初めて厚生年金保険に加入する場合
再2 以前厚生年金保険に加入していたことがある場合
共3 共済組合から公庫等への出向者
船4 船員任意継続被保険者

資格取得年月日および報酬月額を記入してください。

事業主印を押印してください。
ただし、事業主が署名した場合は押印不要です。

事業所所在地	〒100−8945 （住所） 千代田区霞ヶ関1-2-2
事業所名称	健保サービス 株式会社
事業主氏名	（氏名） 健 保 良 一 事業主印
電話	03（1234局）5678番

この届書に記載する内容は、健康保険給付、年金給付のもとになる重要なものですので、誤りのないよう慎重に記入をお願いいたします。

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊞