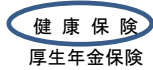


様式コード
2 2 0 0



被保険者資格取得届

常務理事				
------	--	--	--	--

令和 4 年 10 月 3 日 提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所記号	6 6	受付印
	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。 〒104-0032 東京都中央区八丁堀5-12-22		
	事業所名称	八丁堀電線株式会社		
	事業主氏名	代表取締役 辻 智靖		
	電話番号	03 (5541) 1236		

* パートタイマー等時給者の方は、「時給者又は日給者の勤務形態及び賃金支払状況書」を添付してください。

社会保険労務士記載欄

本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。基礎年金番号の記入は不要です。

被保険者1	① 被保険者整理番号	3776	② 氏名	デンセン 電線 (フリガナ) ハナコ 花子 (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	1 1 1 1 0 8	④ 種別	1. 男 2. 女	
	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)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑦ 取得 (該当) 年月日	9.令和	0 4 1 0 0 1	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦ (通貨) 199,000 円 ⑧ (現物) 0 円	⑩ (合計⑦+⑧)	1 9 9 0 0 0 0 円	⑪ 標準報酬月額	健 200 千	被扶養者届の添付の有無を○で囲んでください。			
	⑫ 住所	〒104-0005 東京都中央区築地9-12-28 KWIビル507			⑬	<input checked="" type="checkbox"/> 短時間労働者	標準報酬月額を、記入してください。			

被保険者2	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	7.平成 9.令和		④ 種別	1. 男 2. 女	
	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		⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦ (通貨) 円 ⑧ (現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧)	円	⑪ 標準報酬月額	健 千円 厚 千円	短時間労働者に該当する場合は、チェックを入れてください。			
	⑫ 住所	〒 -			⑬	<input type="checkbox"/> 短時間労働者である	備考			

被保険者3	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		④ 種別	1. 男 2. 女	
	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		⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦ (通貨) 円 ⑧ (現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧)	円	⑪ 標準報酬月額	健 千円 厚 千円	備考			
	⑫ 住所	〒 -			⑬	<input type="checkbox"/> 短時間労働者である	備考			

被保険者4	① 被保険者整理番号		② 氏名		③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		④ 種別	1. 男 2. 女	
	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		⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦ (通貨) 円 ⑧ (現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧)	円	⑪ 標準報酬月額	健 千円 厚 千円	備考			
	⑫ 住所	〒 -			⑬	<input type="checkbox"/> 短時間労働者である	備考			

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、記入してください。

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

①被保険者整理番号 : 被保険者整理番号を記入してください。

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	年	月	日
7.平成	6	3	0
9.令和			5
			0
			3

④種別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑤取得区分 : 該当する番号を○で囲んでください。

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。ただし、健康保険組合への届出については、基礎年金番号を記入する必要はありません。

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)、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 : 「㉞(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)で支払われるすべ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記入してください。
※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ヵ月間に、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。
「㉟(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格、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標準報酬月額 : 標準報酬月額を記入してください。

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。

⑫備考 : 短時間労働者に該当する場合は口にチェックを入れてください。
その他必要に応じて記入してください。

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、及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事業主印が押印されているもの)等
- ・パートタイマー等時給者の方
時給者又は日給者の勤務形態及び賃金支払状況書
- ・住宅、食事等の現物給与がある方
住宅、食事等の現物給与支給者一覧表