様式第七号の二（第十五条関係）

□健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得届・厚生年金保険70歳以上被用者該当届

様式コード2200

1．個人番号

2．被保険者生年月日　元号　年　月　日　（5 昭和　7 平成　9 令和）

3．性別　（1 男　2 女）

4．被保険者氏名

フリガナ（カタカナ）

5．変更後の氏名

フリガナ（カタカナ）

17．社会保険事業所整理記号

18．社会保険事業所番号

19．社会保険被保険者整理番号

20．種別　（1 男　5 男（基金）　2 女　6 女（基金）　3 坑内員　7 坑内員（基金））

21．社会保険資格取得区分　（1 健康・厚年　3 共済出向）

22．基礎年金番号（個人番号を記入した場合は、記入は不要です。）

23．社会保険資格取得年月日　元号　年　月　日　（5 昭和　7 平成　9 令和）

24．被扶養者　（0 無　1 有）

25．報酬月額　（通貨）　円　（現物）　円　合計　円

26．備考

該当する項目を○で囲んでください。
1　70歳以上被用者該当　　4　退職後の継続再雇用者の取得
2　二以上事業所勤務者の取得　5　その他（　　）
3　短時間労働者の取得（特定適用事業所等）

27．被保険者の住所（個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。）

郵便番号　〒

（理由：　1 海外在住　2 短期在留　3 その他（　　））

28．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。）

□発行が必要

※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

被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

29．被保険者氏名（ローマ字）（アルファベット大文字で記入してください。）

被保険者氏名（ローマ字）〔続き〕

36．住民票の有無　□　（1 有　2 無）

37．漢字氏名　（フリガナ　（氏）　（名））

38．通称名　（フリガナ　（氏）　（名））

39．ローマ字氏名をお持ちでない理由

□短期在留者のため　□海外に住所を有している者であるため
□在留カード（または特別永住者証明書）にローマ字氏名が記載されていないため　□その他（理由　　）

44．事業所名称

令和　年　月　日提出

住　所　〒

事業主　氏　名

電話番号

社会保険労務士記載欄		氏名