

様式コード  
2 2 0 0

健康保険  
厚生年金保険  
厚生年金保険

# 被保険者資格取得届

70歳以上被用者該当届

常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	( )	

健康保険 事業所記号
---------------

受付印
-----

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号 (健保)	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 ⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	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	⑩ 備考	1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他 ( )			
	⑪ 住所	〒 -						

被保険者2	① 被保険者整理番号 (健保)	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 ⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	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	⑩ 備考	1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他 ( )			
	⑪ 住所	〒 -						

被保険者3	① 被保険者整理番号 (健保)	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 ⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	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	⑩ 備考	1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他 ( )			
	⑪ 住所	〒 -						

被保険者4	① 被保険者整理番号 (健保)	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 ⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	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	⑩ 備考	1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他 ( )			
	⑪ 住所	〒 -						

## 記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・番号、事業所記号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	-	A	B	C	事業所番号			1	2	3	4
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	-------	--	--	---	---	---	---

健康保険事業所記号			5	6	7	8
-----------	--	--	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を払い出します。記入する必要はありません。

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	5	0	3
9.令和						

④種別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑥個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

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)、(70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日)、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 : 「㉗(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。

「㉘(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備考 : 必要に応じて記入してください。該当する場合に番号を○で囲んでください。

「1.70歳以上被用者該当」は、被用者が70歳以上の方の場合に、○で囲んでください。

「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。

「3.短時間労働者の取得(特定適用事業所)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。

「4.退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。

⑪住所 : 住所を記入してください。

・「短時間労働者」とは、国・地方公共団体・特定適用事業所等において使用される、以下の全ての要件を満たした場合に被保険者となります。

ア.週の所定労働時間が20時間以上であること。

イ.雇用見込期間が1年以上であること(雇用期間が1年未満であるが、雇用契約書等でその契約が更新される旨または更新される場合がある旨明示されている場合を含む)。

ウ.賃金の月額が88,000円(年額106万円相当)以上であること。ただし、①臨時に支払われる賃金(結婚手当等)および1月を超える期間ごとに支払われる賃金(賞与等)、②所定時間外労働等に対して支払われる賃金(割増賃金等)、③最低賃金法において算入しないことを定める賃金(精皆手当、通勤手当および家族手当)を除く。

エ.学生でないこと。

※上記ア～エの要件を満たしていても、1週間の所定労働時間および1か月の所定労働日数が正社員の4分の3以上の従業員については、通常の被保険者となります。