様式コード			
2	2	0	0

令和　　年　　月　　日提出

健康保険　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	担当者

提出者記入欄		
事業所整理記号		－　　事業所番号
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。 〒　　－	
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	（　　）	

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		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別	1.男　5.男（基金） 2.女　6.女（基金） 3.坑内夫　7.坑内夫（基金）	
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		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	ア（通貨） イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。　3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得　（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得　5.その他（　　）			
⑪ 住所	〒　　－					⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

被保険者2

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別	1.男　5.男（基金） 2.女　6.女（基金） 3.坑内夫　7.坑内夫（基金）	
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		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	ア（通貨） イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。　3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得　（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得　5.その他（　　）			
⑪ 住所	〒　　－					⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

被保険者3

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別	1.男　5.男（基金） 2.女　6.女（基金） 3.坑内夫　7.坑内夫（基金）	
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		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	ア（通貨） イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。　3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得　（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得　5.その他（　　）			
⑪ 住所	〒　　－					⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

被保険者4

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和　年　月　日	④ 種別	1.男　5.男（基金） 2.女　6.女（基金） 3.坑内夫　7.坑内夫（基金）	
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		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	ア（通貨） イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。　3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得　（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得　5.その他（　　）			
⑪ 住所	〒　　－					⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	

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、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。

①被保険者整理番号　：提出時に被保険者整理番号を払出しますので、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〇で囲んでください。生年月日は下図を参照してください。

		年		月		日
⑤. 昭和 7. 平成 9. 令和	6	3	0	5	0	3

④種別　：下図を参照し、該当する番号を〇で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般（基金未加入）	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分　：下図を参照し、該当する番号を〇で囲んでください。

1. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者になったとき（船員保険適用者を除く）
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

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届出の場合は、70歳以上被保険者に該当した日）、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」を〇で囲んでください。
「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　：「ア（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）で支払われる全ての合計の金額を記入してください。
※1 臨時支払うものや、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記入してください。
「イ（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額、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。

⑪住所　：住所を記入してください。

⑫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。
※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

健康保険被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書

令和　　年　　月　　日提出

下記のとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。

令和　　年　　月　　日

みづほ健康保険組合理事長　㊞

提出者記入欄		
	事業所整理記号	－
	事業所番号	
	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。 〒　　－
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	（　　）

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		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④種別	1.男 5.男（基金） 2.女 6.女（基金） 3.坑内夫 7.坑内夫（基金）			
	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			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	ア（通貨）	イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩備考	該当する項目があれば○をしてください。 3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）								
	⑪住所	〒　　－									⑫資格確認書発行要否	□ 発行が必要			

被保険者2															
	①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④種別	1.男 5.男（基金） 2.女 6.女（基金） 3.坑内夫 7.坑内夫（基金）			
	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			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	ア（通貨）	イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩備考	該当する項目があれば○をしてください。 3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）								
	⑪住所	〒　　－									⑫資格確認書発行要否	□ 発行が必要			

被保険者3															
	①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④種別	1.男 5.男（基金） 2.女 6.女（基金） 3.坑内夫 7.坑内夫（基金）			
	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			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	ア（通貨）	イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩備考	該当する項目があれば○をしてください。 3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）								
	⑪住所	〒　　－									⑫資格確認書発行要否	□ 発行が必要			

被保険者4															
	①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		③生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④種別	1.男 5.男（基金） 2.女 6.女（基金） 3.坑内夫 7.坑内夫（基金）			
	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			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	ア（通貨）	イ（現物）	ウ（合計ア+イ）		⑩備考	該当する項目があれば○をしてください。 3.短時間労働者の取得 2.二以上事業所勤務者の取得（特定適用事業所） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）								
	⑪住所	〒　　－									⑫資格確認書発行要否	□ 発行が必要			

ア この通知書の決定に不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で、社会保険審査官（地方厚生局（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、その審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は決定の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に社会保険審査会（厚生労働省内）にに対して行うことができ、決定の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、審査請求の決定の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）なお、審査請求のあった日から2か月を経過しても審査請求の決定がないときや、決定の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起できます。

イ この通知書を受け取ったら、すみやかに確認された資格取得年月日および決定された標準報酬月額をそれぞれの被保険者に通知しなければなりません。