

参 考 資 料

1. 雇用契約書
2. 雇用通知書
3. 健康保険・厚生年金保険 標準報酬・保険料月額表
4. 雇用保険料額表
5. 健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書
6. 健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書
7. 健康保険 被保険者 被扶養者 継続療養受給届
8. 健康保険遠隔地被保険者証交付申請書
9. 健康保険 被保険者 家族 埋葬料（費）請求書
10. 健康保険被保険者証 減失 き損 無余白 再交付申請書
11. 健康保険 被保険者 配偶者 分べん費育児手当金請求書
12. 健康保険 厚生年金保険 被保険者資格取得届
13. 健康保険 厚生年金保険 被保険者資格喪失届
14. 健康保険 厚生年金保険 被保険者報酬月額変更届
15. 健康保険被保険者（移動）届
16. 健康保険 厚生年金保険 被保険者氏名変更（訂正）届
17. 健康保険 厚生年金保険 被保険者生年月日訂正届
18. 健康保険 厚生年金保険 被保険者資格事項 訂正 取消 届
20. 健康保険賞与等支払届
21. 健康保険日雇特例被保険者適用除外承認申請書
22. 健康保険傷病手当金請求書
23. 健康保険出産手当金請求書
24. 厚生年金保険未支給保険給付請求書
25. 厚生年金保険加給年金額対象者不該当届
26. 厚生年金保険 老齢 通算老齢 特例老齢 年金受給者 支給停止事由消滅届・改定事由該当届
27. 厚生年金保険 老齢 障害 年金 加給年金額支給停止事由該当届
28. 厚生年金保険被保険者期間等調査依頼書
29. 国民年金被保険者資格取得・種別変更・種別確認（第3号被保険者該当）届書
30. 国民年金・厚生年金保険老齢給付裁定請求書
31. 国民年金・厚生年金保険・船員保険遺族給付裁定請求書
32. 国民年金・厚生年金保険・船員保険遺族給付裁定請求書（別紙）
33. 国民年金・厚生年金保険 未支給 年金 保険給付 請求書
34. 国民年金・厚生年金保険 加算額 加給年金額 対象者不該当届
35. 国民年金・厚生年金保険 老齢 基礎 厚生 年金受給権者 厚生年金保険被保険者 共済組合の組合員 資格喪失届
36. 厚生年金保険 年金受給選択申請書
37. 厚生年金保険 被保険者年金手帳記号番号重複取消届
38. 年金手帳 減失 き損 再公布申請書（厚生年金保険）
39. 国民年金・厚生年金保険・船員保険障害給付裁定請求書
（障害基礎年金 障害厚生年金 障害手当金 船員保険障害年金 障害手当金）
40. 厚生年金保険 老齢 障害 厚生年金加給年金額支給停止事由該当届

雇 用 契 約 書

労働者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名			
	現 住 所	〒 -		
下 記 労 働 条 件 で 契 約 し ま す 。				
雇 用 期 間				
就 業 の 場 所				
仕 事 の 内 容				
就 業 時 間				
休 憩 時 間				
休 日				
賃 金				
手 当				
賃 金 の 支 払				
そ の 他				
平成 年 月 日 雇用者 住 所 氏 名  労働者 住 所 氏 名 				

雇 用 通 知 書

平成 年 月 日

殿

事業所 名 称

所在地

使用者 職氏名

あなたを採用するには際しての労働条件は、以下のとおりです。

雇 用 期 間	1 期間の定めなし 2 年 月 日～ 年 月 日
仕 事 の 内 容	
始 業 ・ 終 業 時 刻 及 び 休 憩 時 間	1 午前 時 分～午後 時 分（うち休憩時間 分） 2 交替制の場合 午前 時 分～午後 時 分 午前 時 分～午後 時 分
休 日 又 は 勤 務 日	休 日 } イ 毎週（ ）曜日 勤務日 } は { ロ （ ）
所定外労働等	1 所定外労働（有・無） 2 休日出勤（有／無）
休 暇	1 年次有給休暇 1 年間継続勤務した場合（ ）日 （ ）カ月勤務した婆（ ）日
賃 金	1 基本給 イ、月給制 ロ、日給制 ハ、時間給（ ）円 2 諸手当 手当（ ） 手当（ ） 手当（ ） 手当（ ） 手当（ ） 3 時間外手当
そ の 他	

4. 一般保険料額表(雇用保険)

(平成 年4月1日現在)

等 級	賃 金 額		被保険者負担一般保険料額	
			A	B
1	88,000円以上	92,000円未満	405円	495円
2	92,000円以上	96,000円未満	423円	517円
3	96,000円以上	100,000円未満	441円	539円
4	100,000円以上	104,000円未満	459円	561円
5	104,000円以上	108,000円未満	477円	583円
6	108,000円以上	112,000円未満	495円	605円
7	112,000円以上	116,000円未満	513円	627円
8	116,000円以上	120,000円未満	531円	649円
9	120,000円以上	124,000円未満	549円	671円
10	124,000円以上	128,000円未満	567円	693円
11	128,000円以上	132,000円未満	585円	715円
12	132,000円以上	136,000円未満	603円	737円
13	136,000円以上	140,000円未満	621円	759円
14	140,000円以上	145,000円未満	641円	784円
15	145,000円以上	150,000円未満	664円	811円
16	150,000円以上	155,000円未満	686円	839円
17	155,000円以上	160,000円未満	709円	866円
18	160,000円以上	165,000円未満	731円	894円
19	165,000円以上	170,000円未満	754円	921円
20	170,000円以上	175,000円未満	776円	949円
21	175,000円以上	180,000円未満	799円	976円
22	180,000円以上	186,000円未満	824円	1,007円
23	186,000円以上	192,000円未満	851円	1,040円
24	192,000円以上	198,000円未満	878円	1,073円
25	198,000円以上	204,000円未満	905円	1,106円
26	204,000円以上	210,000円未満	932円	1,139円
27	210,000円以上	216,000円未満	959円	1,172円
28	216,000円以上	223,000円未満	988円	1,207円
29	223,000円以上	230,000円未満	1,019円	1,246円
30	230,000円以上	238,000円未満	1,053円	1,287円
31	238,000円以上	246,000円未満	1,089円	1,331円
32	246,000円以上	255,000円未満	1,127円	1,378円
33	255,000円以上	264,000円未満	1,168円	1,427円
34	264,000円以上	274,000円未満	1,211円	1,480円
35	274,000円以上	284,000円未満	1,256円	1,535円
36	284,000円以上	295,000円未満	1,303円	1,592円
37	295,000円以上	306,000円未満	1,352円	1,653円
38	306,000円以上	318,000円未満	1,404円	1,716円
39	318,000円以上	330,000円未満	1,458円	1,782円
40	330,000円以上	343,000円未満	1,541円	1,851円
41	343,000円以上	356,000円未満	1,573円	1,922円
42	356,000円以上	370,000円未満	1,634円	1,977円
43	370,000円以上	384,000円未満	1,697円	2,074円
44	384,000円以上	399,000円未満	1,762円	2,153円
45	399,000円以上	414,000円未満	1,829円	2,236円
46	414,000円以上	430,000円未満	1,899円	2,321円
47	430,000円以上	447,000円未満	1,973円	2,412円
48	447,000円以上	465,000円未満	2,052円	2,508円

賃金額が88,000円未満465,000円以上の被保険者が負担すべき一般保険料の額は、その賃金額に1,000分の4.5(雇用保険率が1,000分の14.5又は1,000分の15.5である事業に雇用される被保険者にとっては、1,000分の5.5)を乗じて得た額とする。この場合において、1円未満の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。

- (注) 1. A欄は、雇用保険料が1,000分の12.5である事業に雇用される被保険者が負担すべき一般保険料の額である。
2. B欄は、雇用保険料が1,000分の14.5又は1,000分の15.5である事業に雇用される被保険者が負担すべき一般保険料の額である。

届出コード	処理区分	届書	処理区分	1.立替払等 2.治療用装具 3.あんま・マッサージ 4.はり・きゅう 5.生血
3	0	0		

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回)

⑧受付年月日

1. 記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
2. 申請者は、☐欄を記入してください。なお、☐欄は記入しないでください。

被保険者の記号	番 号	④ 生 年 月 日	⑤被扶養者番号	⑥給付記録番号	⑦受取代理人	送信
①	②	1:明 3:大 5:昭	※	※	※0:無 1:有	
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印	(フリガナ)	⑦ 名 称	⑧ 所在地	☎()-()-()		
⑩ 被保険者の(申請者)住所	⑪ 郵便番号	(フリガナ)	⑪ 住所コード	☎()-()-()		
療養が被扶養者に関するときは、その者の	⑫ 氏名	⑬ 生年月日	⑭ 明治大正昭和平成	⑮ 年 月 日生	⑯ 被保険者の続柄	
傷病名	⑰ 傷病コード	⑱ カ ナ	⑲ 発病又は負傷年月日(療養開始日)	年 月 日		
⑳ 発病の状態又は負傷の原因を詳しく(この欄に記入できない場合は別紙に)	(いつ) 年 月 日 午前 午後 時頃 (どこで)	㉑ 第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい				
㉒ 診療を受けた病院等	㉓ 名 称	㉔ 所在地	㉕ 診療した医師氏名			
㉖ 診療の期間(申請期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	㉗ 入院、入院外の別 0:入院外 1:入院	㉘ 入院の場合左記の入院期間 自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間	㉙ 診療に要した費用の額	円	
㉚ 診療の内容	療養の給付を受けることができなかった理由					

療養費の別	1.立替払い等	2.治療用装具	3.あんま・マッサージ師の施術	4.はり師の施術	5.生血
	㉛ 療養の原因(コード)	㉜ 治療用装具名(コード)	㉝ 施術区分又は施術種別(コード)		㉞ 輸血回数
	㉟ 施術回数	㊱ 支給種別 1 初回支給 2 補修 3 再支給	㊲ 施術回数	㊳ 医師の同意期間 自 年 月 日 至 年 月 日	
	㊴ 装着年月日	㊵ 海外表示 0:国内 1:海外	㊶ 特別支給コード(備考)		
㊷ 支給回数	㊸ 支給算出額	㊹ 調整減額コード	㊺ 調査先コード	㊻ 金融機関コード	㊼ 支払区分

支払金融機関の欄	支払区分	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行・金庫 農協・信組 郵便局	本店・支店 本所・支所
㊽ 金融機関コード	㊾ 口座番号	㊿ 口座名義人				

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委託します。				平成 年 月 日提出
	被保険者住所氏名				㊿
	㊿ 代理人の氏名	(フリガナ)	㊿		
	㊿ 代理人の住所	㊿ 郵便番号	(フリガナ)	㊿ 住所コード	送信

届書コード	処理区分	届書	処理区分	1.承認 2.届不承認
3 1 1	1 2			

健康保険被保険者継続療養受給届 被扶養者

⑦受付年月日

1.

欄については、記入しないでください。

被保険者証の記号		番 号		④ 生 年 月 日		⑤被扶養者番号		⑥ 交付番号		送信
①	②	③		1:明 3:大 5:昭	年	月	日	※	※	
被 保 険 者 の氏名と印		(フリガナ)				性 別	男 女	事 業 所	名 称	
						所在地				〒 ()-()-()
⑨ 被保険者 の 住 所		⑧ 郵便番号		(フリガナ)						
		⑨住所コード		※		〒 ()-()-()				
資 格 取 得 年 月 日		昭和		年 月 日		資 格 喪 失 年 月 日 (退職日の翌日)		平成		年 月 日
		平成						⑩ 届書不承認理由		※
被 扶 養 者 が 受 診 す る と た め は そ の 者 の 氏 名 等		氏 名		(フリガナ)		生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	性 別 男 女
資 格 喪 失 の 際 療 養 の 給 付 を 担 当 し て い た 保 険 医 療 機 関 等 の 名 称 及 び 所 在 地		名 称								
		所 在 地								
⑪ 証 明 書 の 受 給 期 間		平成		※		年 月 日	⑫ 特 別 支 給 コード	⑬ 70歳以上継続療養受給の可否		※ 0 : 否 1 : 可

2.「傷病名」欄には、被保険者の資格喪失の際に療養の給付を受けていた傷病名を一傷病ごとに記入してください。

傷 病 コー ド		傷 病 名		療養の給付開始年月日		不承認コード	
1	⑭ ※	⑮ フリガナ		⑯ 昭・平		⑰ ※	
		今後療養を必要とする期間		平成 年 月 日まで			
2	⑱ ※	⑲ フリガナ		⑳ 昭・平		㉑ ※	
		今後療養を必要とする期間		平成 年 月 日まで			
3	㉒ ※	㉓ フリガナ		㉔ 昭・平		㉕ ※	
		今後療養を必要とする期間		平成 年 月 日まで			
現に療養の給付を担当している保険医療機関等の名称、所在地及び診療に従事する保険医の氏名		名 称		保険医の氏名		⑲	
		所 在 地				〒 ()-()-()	

平成 年 月 日提出

証明書の送付に使用しますから、あて名及び郵便番号を記入してください。

郵便番号

□	□	□	-	□	□
---	---	---	---	---	---

送付先住所

送付先氏名

殿

「健康保険継続療養証明書」を交付しますので大切に使用してください。

本人の住所を必ず記入し、正しい受診をしてください。

統

届書コード	届書
2 5 0	

健康保険遠隔地被保険者証交付申請書

課 長	係 長	係 員

◎ この申請書にはすでに交付されている健康保険被保険者証と被扶養者の居住する遠隔地市町村長の居住証明書を必ず添付してください。
 ◎ 欄については記入しないでください。

① 健康保険被保険者の記号	② 健康保険被保険者証の番号	⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	③ 生 年 月 日	④ 性別	④ 異動の別	⑦ 資格取得年月日	送信
		(氏) (名) [フリガナ]	明1 大3 昭5 年 月 日	男1. 女2.	新規 1. 変更 2.	昭和 平成 年 月 日	
⑤ 変更後証番号	② 被 保 険 者 の 住 所	④ 備 考					
申請の対象となる被扶養者	⑤ 被扶養者番号	② 被 扶 養 者 の 氏 名	④ 生 年 月 日	⑦ 性別	⑦ 続 柄	② 被 扶 養 者 の 住 所	⑦ 備 考
		(氏) (名) [フリガナ]	明1 大3 昭5 平7 年 月 日	男1. 女2.			
		(氏) (名) [フリガナ]	明1 大3 昭5 平7 年 月 日	男1. 女2.			
		(氏) (名) [フリガナ]	明1 大3 昭5 平7 年 月 日	男1. 女2.			
		(氏) (名) [フリガナ]	明1 大3 昭5 平7 年 月 日	男1. 女2.			
⑦ 遠隔地被保険者証を必要とする理由		送信					

うえの申請について事実と相違ないことを証明します。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

平成 年 月 日提出

受付日付印

処 理 印

社会保険労務士の提出代行者・事務代現者印	
	印

(取扱

社会保険事務所)

被保険者証等の送付に使用しますから下の欄内に送

付先のあて名及び郵便番号を記入してください。

郵便番号

□	□	□	-	□	□
---	---	---	---	---	---

所在地

事業所名称

事業主氏名

電 話

殿

() - () - ()

○健康保険遠隔地被保険者証を交付しますので大切に使用してください。

○申請理由に該当しなくなったときならびに被保険者が資格喪失した時には必ず返納してください。

社会保険事務所長

届書コード	処理区分	届書	処理区分	1. 埋葬料	2. 埋葬費
3 0 6	1 2				

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 請求書

⑧ 受付年月日

1、記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
2、申請者は、欄を記入してください。なお、欄については記入しないでください。

被保険者証の記号	番 号	④ 生 年 月 日	⑤ 被扶養者番号	⑦ 受取代理人	送信
①	②	③	※ 0 : 無 1 : 有		
⑨ 被保険者の(請求者)氏名と印	(フリガナ)	事業所の所在地	⑦ 名 称		
⑪ 被保険者の(請求者)住 所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)	⑪ 住 所		
⑫ 死亡した年月日	昭・平	⑭ 死亡原因	⑬ 第三者の行為によるものですか		
被扶養者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑮ 被扶養者氏名	⑯ 明治大正昭和平成	⑰ 被保険者との続柄		
被保険者が死亡したための請求であるときは、その者の	⑱ 被保険者氏名	⑲ 被保険者との身分関係	⑳ 被保険者の標準報酬月額		
⑳ 埋葬した年月日	昭・平	㉑ 埋葬に要した費用の額			
老人保健法の医療を受けていたとき	市 町 村 番 号	受 給 者 番 号	発 行 機 関 名		
㉒ 日雇特例被保険者として支給を受けたときは、その額(調整減額)	円	㉓ 調整減額コード	㉔ 海外表示	㉕ 特別支給コード	(備考)
資格喪失後家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	保険者名、記号および番号				

事業主が証明する欄	死亡した者の氏名	死亡した者	被保険者・被扶養者
	死亡年月日	昭和平成	業務上外
	住所	事業主氏名	通勤途上・上・外
	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	平成 年 月 日		
	〒 () - () - ()		

支払金融機関の欄	② 支払区分	② 預金種別	銀行・金庫	本店・支店
	② 金融機関コード		農協・信組	本所・支所
			郵便局	
			② 口座番号	
			口座名義人	

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日提出
	被保険者(請求者)住所氏名		
	② 代理人の氏名	(フリガナ)	
	② 代理人の住所	② 郵便番号	
		② 住所コード	
	送信		

統

届書コード	届書
2 5 1	

課 長	係 長	係 員

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書
き損 無余白

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「き損」「無余白」のときは被保険者証を添付してください。
◎欄については記入しないでください。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名) (フリガナ) ㊟	④ 生 年 月 日 明 1 年 月 日 大 3 昭 5	⑤ 性別 男 1. 女 2.	⑥ 再 交 付 の 原 因 減 失 3. き 損 4. 無 余 白 5. 新 規 7. 其 他 8.	⑦ 送 信
⑧ 資格取得年月日 昭和 年 月 日	⑨ 被 保 険 者 の 住 所	⑩ 備 考				
⑪ 被 扶 養 者 の 氏 名 (氏) (名) (フリガナ)	⑫ 生 年 月 日 明 1 年 月 日 大 3 昭 5	⑬ 性別 男 1. 女 2.	⑭ 続 柄	⑮ 備 考		
(氏) (名) (フリガナ)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5	男 1. 女 2.				
(氏) (名) (フリガナ)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5	男 1. 女 2.				
(氏) (名) (フリガナ)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5	男 1. 女 2.				
(氏) (名) (フリガナ)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5	男 1. 女 2.				
(氏) (名) (フリガナ)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5	男 1. 女 2.				

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証を減失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	㊟
電 話	() - () - ()

昭和 年 月 日提出

受付日付印

処 理 印

社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印
㊟

(取扱

社会保険事務所)

被保険者証等の送付に使用しますから下の欄内に送

付先のあて名及び郵便番号を記入してください。

郵便番号	-
所在地	
事業所名称	
事業主氏名	殿
電 話	() - () - ()

○健康保険被保険者証を再交付しますので大切に使用してください。

なお、本人の住所を必ず記入してください。

社会保険事務所長

届書コード	届書
3 0 7	

健康保険 被保険者 配偶者 分べん費・育児手当金請求書

⑧受付年月日

1、記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
2、申請書は、欄を記入してください。なお、欄については記入しないでください。

被保険者証の記号	番 号	④ 生 年 月 日	⑤ 被 扶 養 者 番 号	⑥ 給 付 金 記 録 番 号	⑦ 受 取 代 理 人	送 信
①	②	③	1: 明 3: 大 5: 昭		0: 無 1: 有	
⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印	(フリガナ)	事業所の ⑦ 名 称	⑧ 所 在 地	〒()-()-()		
⑩ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所	⑩ 郵便番号	(フリガナ)	⑪ 住所コード	〒()-()-()		
配偶者が分べんしたための請求であるときは、その者の	⑫ 氏 名	⑬ 生年月日	昭和 年 月 日生			
⑭ 配偶者が分べん前6ヵ月以内に勤務したことがありますか	ある・ない	勤務したことがあればその会社の名称・所在地・保険証の記号番号	⑮ 名 称 所 在 地 記号番号			
⑯ 分べんした年月日	昭和 年 月 日	⑰ 生産児数	⑱ 死産児数	⑲ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 月) 週	
入院して分べんしたときは、その病産院の	⑳ 名 称	㉑ 所 在 地				
㉒ 出生児の氏 名	(フリガナ)	㉓ 被 保 険 者 と 出生児の続柄				
㉔ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	㉕ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
㉖ 日雇特例被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	㉗	㉘ 調整減額コード	㉙ 海 外 表 示	㉚ 特別支給コード	㉛ 継続療養しない児数	㉜ 備考

分べんした年月日	昭和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 月) 週
出生児の数	単胎・多胎 (児)	備 考	
上記の通り相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区長村長名 ⑤ 郵便()-()-()			

① 支払区分	② 振込先	③ 預金種別	④ 口座番号	⑤ 口座名義人
1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	銀行・金庫 農協・信組 郵便局	本店・支店 本所・支所	

本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
被保険者 住所 (請求者) 氏 名	⑥
㉕ 代理人の氏名	(フリガナ) ⑦
㉖ 代理人の住所	⑧ 郵便番号 (フリガナ) ⑨ 住所コード
	送 信

統

201	図書コード	処理区分	届出
-----	-------	------	----

健康保險 被保險者資格喪失屆
厚生年金保險

課長	官	係長	係員

① 健康保険被保険者証の記号

② 健康保険被 保険者証の 番号	⑦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 種別 (性別)	年金手帳の厚生年金保険の		① 資格喪失年月日 (1.退職または 死亡の日の翌日 2.転勤の日 3.65歳の誕生日の前日)	⑤ 資格 喪失 原因	⑥ 標準報酬 月額	⑧ 被保険者証回収区分 返却	⑦ 作成 原因	備考
				⑦ 記号	⑧ 番号						
	(氏)	明1 大3 昭5	1.5 2.6 3.7			平成 年 月 日 昭和 年 月 日	その他4 死亡5 65歳到達6	健 千円 年	添付1. 返不能2. 減失3. 添付 返不能 減失 通 通 通	平成 年 月 日 昭和 年 月 日	平成 年 月 日 昭和 年 月 日
	(氏)	明1 大3 昭5	1.5 2.6 3.7			平成 年 月 日 昭和 年 月 日	その他4 死亡5 65歳到達6	健 千円 年	添付1. 返不能2. 減失3. 添付 返不能 減失 通 通 通	平成 年 月 日 昭和 年 月 日	平成 年 月 日 昭和 年 月 日
	(氏)	明1 大3 昭5	1.5 2.6 3.7			平成 年 月 日 昭和 年 月 日	その他4 死亡5 65歳到達6	健 千円 年	添付1. 返不能2. 減失3. 添付 返不能 減失 通 通 通	平成 年 月 日 昭和 年 月 日	平成 年 月 日 昭和 年 月 日
	(氏)	明1 大3 昭5	1.5 2.6 3.7			平成 年 月 日 昭和 年 月 日	その他4 死亡5 65歳到達6	健 千円 年	添付1. 返不能2. 減失3. 添付 返不能 減失 通 通 通	平成 年 月 日 昭和 年 月 日	平成 年 月 日 昭和 年 月 日

平成 年 月 日提出

受付日付印

印 定 決 認 確

() () () () ()

(H)

社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印

(取扱) 大津社会保険事務所)

4.1.

健康保險
被保險者報酬月額變更屆

課	長	官	係	長	員
---	---	---	---	---	---

①健康保険被保険者証の記号

◎ 65才以上の被保険者については別業にして届出してください。

◎記入の方法は副本の裏面に書いてありますからよく読んでください。

◎ **■** については記入しななくていい。

②健康保険被 保険者証の 番号(番号順)	③生 年 月 日	④被保険者の氏名	⑤⑥ ①種別 (性別)	⑦ ②従前の標 準報酬月額 額	⑧ ③算定対 象月	⑨ ④支払基 礎日数	⑩ ⑤金銭(通貨) によるもの額	⑪ ⑥現物による ものの額	⑫ ⑦合 計	⑬ ⑧平 均 額	⑭ ⑨改定年月	⑮ ⑩標 準 報 酬	⑯ ⑪作成 原因	⑰ ⑫備 考	
	明1	(氏) (名)	1	健康	前3月目	日	円	円	円	円	平成 年 月	健康	千円	送 信	
	大3		2	年	前2月目	日	円	円	円	円	年	千円			
	昭5		3	前1月目	日	円	円	円	円	年	千円				
			7												
昇給が 月にさかのぼったので その差額 カ月分 円を 月に支払ったが、これは含まず。 3ヵ月の総計 円															
	明1	(氏) (名)	1	健康	前3月目	日	円	円	円	円	平成 年 月	健康	千円	送 信	
	大3		2	年	前2月目	日	円	円	円	円	年	千円			
	昭5		3	前1月目	日	円	円	円	円	年	千円				
			7												
昇給が 月にさかのぼったので その差額 カ月分 円を 月に支払ったが、これは含まず。 3ヵ月の総計 円															
	明1	(氏) (名)	1	健康	前3月目	日	円	円	円	円	平成 年 月	健康	千円	送 信	
	大3		2	年	前2月目	日	円	円	円	円	年	千円			
	昭5		3	前1月目	日	円	円	円	円	年	千円				
			7												
昇給が 月にさかのぼったので その差額 カ月分 円を 月に支払ったが、これは含まず。 3ヵ月の総計 円															
	明1	(氏) (名)	1	健康	前3月目	日	円	円	円	円	平成 年 月	健康	千円	送 信	
	大3		2	年	前2月目	日	円	円	円	円	年	千円			
	昭5		3	前1月目	日	円	円	円	円	年	千円				
			7												
昇給が 月にさかのぼったので その差額 カ月分 円を 月に支払ったが、これは含まず。 3ヵ月の総計 円															

号

所在地

事業所名称

事業主氏名

語

平成 年 月 日提出

受付日付印

印 定 決 認 確

社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印

(取扱)

社会保険事務所)

健康保険被扶養者（異動）届

届書コード	処理区分	届書
202		

課長	係長	係員

正

- 記入の方法は、郵本の裏面に書いてありますからよく読んでください。
- この届書には健康保険被扶養者証を添えてください。
- 証明資料を必要とする者の添付資料は、裏面に書いてありますのでよく読んでください。
- 欄については記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被保険者の氏名 (氏)	③生年月日 明1 大3 昭5 配偶者の前年の収入年額 有・無	④性別 男1 女2	⑤異動の別 追加1 削除2 (変更)	⑥資格取得年月日 昭和年 月 日	④標準報酬月額 千円
④被保険者の住所	②配偶者が被扶養者でないとき	⑦被保険者の氏名 (名)	③生年月日 明1 大3 昭5 配偶者の前年の収入年額 有・無	④性別 男1 女2	⑤異動の別 追加1 削除2 (変更)	⑥資格取得年月日 昭和年 月 日	④標準報酬月額 千円

⑤被扶養者の氏名 (氏)	⑦生年月日 明1 大3 昭5 平7	⑧性別 男1 女2	⑨続柄	⑩被扶養者の職業・勤務先(在学中のものには学校名・学年)	⑪被扶養者の収入 その他有無 有・無 年額 円	⑫被扶養者になった日又は被扶養者でなくなった日 平成年 月 日	⑬被扶養者になった理由又は除かれた理由 出生・結婚・離婚 就職・死亡 その他()	⑭被保険者との生計区分 同一世帯 別世帯
(フリガナ)	(氏)	男1 女2			有・無 年額 円			同一世帯 別世帯
(フリガナ)	(氏)	男1 女2			有・無 年額 円			同一世帯 別世帯
(フリガナ)	(氏)	男1 女2			有・無 年額 円			同一世帯 別世帯
(フリガナ)	(氏)	男1 女2			有・無 年額 円			同一世帯 別世帯
(フリガナ)	(氏)	男1 女2			有・無 年額 円			同一世帯 別世帯

郵便番号

所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

平成 年 月 日提出
上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

受付日 付印 処理印

社会保険委員の確認印、又は社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印	印
-----------------------------------	---

(取扱 社会保険事務所)

正

届書コード
2 0 7

届書

健康保険 被保険者氏名変更 (訂正) 届
厚生年金保険

課長	係長	係員

- ① 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
② この届書には健康保険被保険者証及び年金手帳(または厚生年金被保険者証)を添えてください。
③ については記入しないでください。

① 健康保険被保険者の記号	② 健康保険被保険者の番号	③ 年金手帳の厚生年金保険の記号 番号	④ 生年月日	⑦ 種別 (性別)
			明1 大3 昭5	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)	(氏)	(名)	(氏)	⑥ 健康保険被保険者証の作成 不要 0 要 1
				⑦ 備考

平成 年 月 日 提出

郵便番号	〒						
所在地 (届出者住所)							
事業所名称							
事業主氏名 (届出者氏名)							
電話	() - () - ()						

受付日付印	処理印
社会保険労働士の提出代行・事務代理者印	
(取扱)	
社会保険事務所	

屈書コード
209

健康保險
厚生年金保險

課	長	係	長	員

- ◎記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
- ◎この届書には健康保険被保険者証及び年金手帳（または厚生年金被保険者証）を添えてください。
- ◎欄については記入しないでください。

①	健康保険被保険者証の記号	②	健康保険被保険者証の番号	③	年金手帳の厚生年金保険の 記号 番号	④	訂正前の生年月日	⑦	種別 (性別)	送 信
④	被保険者の氏名	⑤	年 生 年 月 日 (訂正後)	⑥	健康保険被保険者証の作成	⑦	備 考			送 信
(氏)			明 1 大 3 昭 5	年 月 日	不要 0 要 1					

昭和
年
月
日提出

郵便番号

() () () () ()

⑧

□ □ — □ □ □ □

所在地
(届出者住所)

事業所名称

事業主氏名
(届出者氏名)

受付日付印

处理印

社 会 保 險 労 務 士 の 提 出 代 行 者 ・ 事 務 代 理 者 印

(取扱 社会保険事務所)

63. 7.

正

届書コード	処理区分	届書
取得 2000	訂正 008	
喪失 201		
月変 221	取消 009	
算定 225		
種別変更 203		

健康保険 被保険者資格事項 訂正届
厚生年金保険

課長	係長	係員

① 事業所記号	⑦ 事業所番号

◎ 取得年月日訂正には健康保険被保険者証及び年金手帳を添えてください。
◎ 欄については記入しないでください。

② 健康保険被保険者証の番号	④ 氏名	⑥ 年金手帳の厚生年金保険の記号番号	送信			
資格取得年月日	種別	報酬(月額)	資格喪失年月日	種別	標準報酬月額	喪失原因
訂正前		円	・		千円	死亡・その他
訂正後		円	・		千円	死亡・その他
取消事項		円	・		千円	死亡・その他

理 由	基礎月	支払基礎日数	金銭現物の合計	平均額
	年 月 日	日	円	
	年 月 日	日	円	
	年 月 日	日	円	
	3ヵ月の合計		円	
	年 月 日	日	円	
	年 月 日	日	円	
	年 月 日	日	円	
	3ヵ月の合計		円	
	訂正後		円	

受付日付印 確認決定印

郵便番号	〒								
所在地									
事業所名称									
事業主氏名									
電話	() - () - ()								

社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印
印

(取扱 社会保険事務所)

健康保険賞与等支払届

課長	係長	係長	係員

正

届書コード	処理区分
108	

① 事業所の記号 ② 事業所番号 ③ 賞与等支給年月日 ④ 賞与等を支給した総保険者数 ⑤ 賞与等の総額 (各人に支払った額の100円未満を) (切り捨て集計して記入のこと)

事業所の記号	事業所番号	賞与等支給年月日	賞与等を支給した総保険者数	賞与等の総額
		年 月 日	人	千円 百円 拾円 円

⑥ 特別保険料の額 (⑤ × 0.008) (1円未満切捨) ⑦ 作成原因

賞与等の名称	被保険者数	特別保険料の額	作成原因
	人	千円 百円 拾円 円	

⑧ 記入の方法は、副本の裏面に書いてありますからよく読んでください。⑨ 欄については記入しないでください。

郵便番号 所在地 事業所名称 事業主氏名 電話 () - () - ()

平成 年 月 日提出

受付日付印 処理印

社会保険労務士の提出代行者事務代理者印

(取扱 社会保険事務所)

届書コード	届書
3 0 5	

健康保険傷病手当金請求書

(第 回)

⑧ 受付年月日

1、記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
2、請求書は、欄を記入してください。なお、欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号		番 号		④ 生 年 月 日		⑤ 支給額計算		⑥ 給付記号番号		⑦ 受取代理人		送信
	①	②	③			1:明 3:大 5:昭	年	月	日	* 1 . 2 3 . 4		* 0 : 無 1 : 有	
	⑨ 被保険者 (フリガナ) (請求者) の氏名と印						⑦ 事業所 の名称						
	⑩ 被保険者 (請求者) の住所		⑪ 郵便番号		⑪ 住所コード		(フリガナ)						
	傷病名		⑫ 傷病コード		⑬ カナ		⑭ 発病又は負傷年月日		⑮ 療養開始年月日		⑯ 発病又は負傷年月日		
			⑫ 傷病コード		⑬ カナ				⑮ 療養開始年月日		⑯ 発病又は負傷年月日		
			⑫ 傷病コード		⑬ カナ				⑮ 療養開始年月日		⑯ 発病又は負傷年月日		
			⑫ 傷病コード		⑬ カナ				⑮ 療養開始年月日		⑯ 発病又は負傷年月日		
			⑫ 傷病コード		⑬ カナ				⑮ 療養開始年月日		⑯ 発病又は負傷年月日		
			⑫ 傷病コード		⑬ カナ				⑮ 療養開始年月日		⑯ 発病又は負傷年月日		
① 発病又は負傷の原因 (詳しく)		(いつ) 年 月 日 午前 午後 時頃		(どこで)		(何のために、何を、どうしているとき)		⑮ 第三者行為によるものですか		0 : いいえ 1 : はい		送信	
この欄に記入できない場合は別紙に								⑦ 市町村番号					
								⑦ 老人保健法医療受給者証の					
								⑦ 発給機関名					
⑭ 厚生年金保険より (該当字句を○で囲んでください)		(障害年金) を受給 (している / していない)		⑯ あなたが事業所で 担当している仕事の種類		役員で ある・ない		職種					
⑮ 傷病又は負傷の療養をするため休んだ期間 (請求期間)		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		自 至		年 月 日 日 間		年 月 日 日 間					
⑮ 上記の⑮に書いた期間の部分の報酬を受けましたか、又は受けられますか。		受けた 受けない 受けられる 受けられない		⑯ 報酬の支払を受けた (受けられる) ときはその報酬の額と、その報酬支払の基礎となった (なる) 期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		の分として		円			
⑰ 健康保険又は自費で入院しましたか。		1. 健保 2. 公費 3. 自費 4. その他		⑰ 入院期間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		自 至		年 月 日 日 間			
⑰ 入院した期間があるとき		病院等の名称		病院等の所在地									
被扶養者がいるときは、その者の		氏 名 (1名でよい)		生 年 月 日		被保険者との続柄		請求者の報酬		円			
⑱ 支給回数		⑱ 支給算出額 (手)		支給開始日		⑲ 調整減額コード		⑲ 調査先コード		⑲ 海外表示		⑲ 特別支給コード	
										0:国内 1:海外			
⑳ 減額期間		期間 自 至		年 月 日		年 月 日		日 数		金 額		円	
㉑ 全部不支給		期間 自 至		年 月 日		年 月 日		日 数		金 額		円	
㉒ 支払金融機関の欄		1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払		㉒ 預金種別		1:普通 2:当座 3:通知 4:別		銀行・金庫 農協・信組 郵便局		本店・支店 本所・支所			
		㉒ 金融機関コード						㉒ 口座番号		口座名義人			
㉓ 受取代理人の欄		本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日		㉓ 代理人の氏名		(フリガナ)		㉓ 代理人の住所		(フリガナ)		送信	
		被保険者住所 (請求者) 氏名						㉓ 郵便番号		㉓ 住所コード			

平成 年 月 日提出

届書コード
3 0 8

届書

健康保険出産手当金請求書

(第 回)

⑧受付年月日

2、1、記入の方法は、裏面に書いてありますからよく読んでください。
請求者は、☐欄を記入してください。なお、☐欄は記入しないでください。

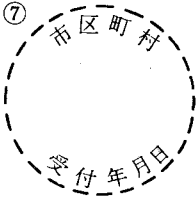
被保険者証の記号		番 号		④ 生 年 月 日		⑤ 支給額計額		⑥ 給付記録番号		⑦ 受取代理人		送信		
①	②	③		5:昭	年	月	日	* 1 2	* 0:無	* 1:有				
⑨ 被 保 険 者 (請求者) の氏名と印		(フリガナ)		⑦ 事業所 の名称										
⑩ 被 保 険 者 (請求者) の 住 所		⑩ 郵便番号		(フリガナ)										
		⑪ 住所コード		*										
④ 被保険者の資格 を取得した日		昭・平		年		月		日		⑦ 被保険者の標準 報酬月額		千円		
⑫ 分 べ ん の 日		平成		年		月		日		⑬ 左記の⑫の分べん日は実分べん ですか又は予定分べんですか		1、実分べん 2、予定分べん		
⑭ 分べんのため休んだ期間 (請求期間)		平成		年		月		日		自		* 年 月 日 日 数		
		平成		年		月		日		至		* 年 月 日 日 数		
⑮ 上記の⑭に書いた期間の 部分の報酬を受けました か、又は受けられますか		受けた・受けない 受けられる・受けられない		⑯ 報酬の支払を受けたとき又は 受けられるときは、その報酬 の額とその報酬支払の基礎と なった(なる)期間		平成		年		月		日から 平成 年 月 日まで の分として 円		
⑰ 上記⑭の休んだ期間のうち 健康保険又は公費で入院し た期間		平成		年		月		日		自		* 年 月 日 日 数		
		平成		年		月		日		至		* 年 月 日 日 数		
⑱ 上記⑭の休んだ期間のうち 自費で入院した期間		自		年		月		日		至		年 月 日 日 数		
⑲ 病院又は 産院等の名称		⑲ 左記欄の 所 在 地												
⑳ 被扶養者がいる ときは、その者の		氏 名 (1名でよい)		生 年 月 日		被保険者との続柄								
		明・大 昭・平		年 月 日										
⑳ 支給算出額(手)		㉑ 調整減 額コード		㉒ 海外表示		㉓ 特別支 給コード		備 考						
円				0:国内 1:海外										
㉔ 減 額 期 間		期 間		自		年		月		日		至	年 月 日 日 数	金 額 円
㉕ 全 部 不 支 給		期 間		自		年		月		日		至	年 月 日 日 数	
㉖ 支 払 区 分		* 1:振 込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当 地 払		㉗ 預 金 種 別		1:普 通 2:当 座 3:通 知 4:別 段		銀行・金庫 農協・信組 郵便局		本店・支店 本所・支所				
㉘ 金 融 機 関 コード		*		㉙ 口座番号				口座名義人						
㉚ 受取代理人の欄		本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日		平成 年 月 日提出								
㉛ 代 理 人 の 氏 名		(フリガナ)		⑩										
㉜ 代 理 人 の 住 所		⑪ 郵便番号		(フリガナ)										
		⑫ 住所コード		*										
						送信								

届書コード	届書
7 1 1	

国民年金・厚生年金保険老齢給付裁定請求書

老齢基礎年金・老齢年金
老齢厚生年金・特例老齢年金

★◆欄には記入しないでください。
フリガナはカタカナで記入してください。



◆連絡欄		X線フィルムの送付		X線フィルムの返送	
有・無		枚		年 月 日	
⑤◆作成原因	01				
年金手帳の 記号番号	① 厚生年金保険の記号番号		◆課所符号	種別	⑥◆進達番号
	51			11	
	② 厚生年金保険(船員)の記号番号		◆証書番号		
	61		0 0		
③ 国民年金の記号番号		⑧◆船戦加	⑨◆受付	⑩◆重	⑪◆未保
				⑫◆支保	⑬◆配
				⑭◆沖縄	⑮◆緑
				⑯◆下支え障害	⑰◆旧令
④ 生 年 月 日		⑱氏名・印 (フリガナ)			⑲性別
大 昭 平		(氏)			男 女
3・5・7		(名)			1・2
⑳住所の郵便番号	㉑住所	㉒住所コード (フリガナ)			
		市区町村			
支払機関 年金を受ける ことを希望する 金融機関または 郵便局のいずれか一方 について記入 してください。	㉓◆コード	銀行	㉔(フリガナ)	㉕預金通帳の記号番号	
	金融機関	金庫		本店 支店	
	都道府県名	㉖(フリガナ)	本所 支所 本店 支店		金融機関の証明
	1		1 信 連 4 漁 協 2 信漁連 5 信 組 3 農 協		印
㉗郵便局 2	㉘郵便番号	㉙(フリガナ)	㉚(フリガナ)		
		所在地	郡 市 区	郵便局	
⑦配偶者・子		氏 名	㉛生 年 月 日	㉜続 柄	㉝◆
氏名にはフリガナを付してください。「続柄」は、該当する続柄を○で囲み、子については障害の状態に「ある・ない」の別を○で囲んでください。		(フリガナ)	明大昭平	配偶者	子「障害の状態に」
			1・3・5・7	1・2	「ある・ない」
			昭平	子「障害の状態に」	
		(フリガナ)	5・7	2	「ある・ない」
		(フリガナ)	昭平	子「障害の状態に」	
			5・7	2	「ある・ない」
配偶者について次の欄に記入してください。					
① 公的年金制度等から老齢・退職または障害の年金を受けていますか。○で囲んでください。受けているときは制度名(共済組合にあっては、その支払いを行う機関名)、年金の種類、その支給を受けることとなった年月日、年金証書等の記号番号を記入してください。	1 老齢・退職の年金を受けている。	制 度 名(共済組合名)	種 類	年 月 日	年金証書の記号番号
	2 障害の年金を受けている。				
	3 いずれも受けていない。	⑳◆年金証書記号番号 1 制			
	2 制 3 制				

社会保険事務所記入欄	
遺族給付同時請求	有・無
死亡届の添付	有・無

厚生年金保険未支給保険給付請求書 (旧)

(死亡届は切り離さないでください。)

45	46	48											
死亡した受給権者	① 年金証書の交付を受けたときはその年金証書の記号番号												
	② 生年月日	明・大・昭 1・3・5	年	月	日	※	金額	+	・	-			
	③ 死亡した年月日	昭和・平成	年	月	日		支給期間	自	至	年	月	年	月
	⑦ 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	48	01・02・03・04								
請求者	④ 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	⑤ 続柄				続柄					
				⑦ 郵便番号									
	⑧ 住所	※ 住所コード	(フリガナ)	市区町村									
	④ 支払機関	※ コード	(フリガナ)				預金通帳の記号番号						
		金融機関	銀行金庫				本店支店						
		都道府県名	(フリガナ)				金融機関の証明						
		1	1信連 4漁協 2信漁連 5信組 3農協				本店支店						
	郵便局	所在地	郵便局の郵便番号 (フリガナ) □□□-□□				郡市区						
		名称	(フリガナ)				郵便局						
	⑨ 死亡した受給権者と生計を同じくしていた者			氏名	生年月日				続柄				
				明・大・昭・平 年 月 日									
				明・大・昭・平 年 月 日									
⑩ 備考													

◎「記入上の注意」等をよく読んでから記入してください。

◎「死亡届」にも忘れずに押印してください。

平成 年 月 日 提出 自宅の電話番号 ()-()-()

⑪	生 計 同 一 証 明	
上記の請求者は、受給権者の死亡当時、その者と生計を同じくしていたことを証明する。		
平成 年 月 日		
証明者	住所	
職名・氏名		
		印



退職 旧

5 2	5 4	5 5
-----	-----	-----

① 年金証書の記号番号																											
② 生 年 月 日												明・大・昭 1 3 5		年		月				日							
③ 最後に被保険者の資格を喪失した年月日												昭和・平成		年		月				日							
④ 最後に被保険者として使用されていた事業所												健康保険被保険者証の記号番号				(記号)				(番号)							
												名 称															
												所 在 地															
⑤ 被保険者であるための年金額の全部または一部が支給停止されていた期間												昭和・平成		年		月		から		昭和・平成		年		月		まで	
⑥ ③に記入した日から後に再び厚生年金保険(第四種を含む)の被保険者として使用されているときはその事業所												被保険者資格を再取得した年月日				昭 和 ・ 平 成		年		月		日					
												健康保険被保険者証の記号番号				(記号)				(番号)							
												名 称															
												所 在 地															
⑦ 加給年金額の対象者である配偶者が、現在、公的年金制度等から老齢・退職(通算老齢年金・通算退職年金及び老齢厚生年金・退職共済年金のうちその額の計算の基礎となる期間の月数が240未満のものは含みません。)または障害の年金をうけていますか。												ア 老齢・退職の年金をうけている		イ 障害の年金をうけている		ウ いずれもうけていない											
⑦ うけているときは、その公的年金制度等の名称および年金証書・恩給証書の記号番号												名 称															
												記 号 番 号															
その支給をうけることとなった年月日												昭和・平成		年		月		日									
※ 開 始												※ 改 定															
年		月		日		事由		手作業		調 整 額		年		月		日		事由		手作業		調 整 額					
						02		十										05		十							
※ 加給年金 停 止 ・ 開 始																											
停 止 開始		年		月		日		事由		手作業		調 整 額		制 番													
54								20・21		十																	

(郵便番号)

平成 年 月 日 提出
受給権者 住所
氏 名

自宅の電話番号 () - () - ()

生 計 維 持 申 立						
加給年金額の対象者氏名	生	年	月	日	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
	明大	昭平				
	治正	和成	年	月	日	ある・ない
	大正	昭平	年	月	日	ある・ない
	大正	昭和	年	月	日	ある・ない

上記の加給年金額の対象者は、受給権発生当時から引き続き生計を維持していることを申し立てる。

平成 年 月 日

受給権者氏名

[illegible]

(裏面の注意をよく読んでから書いてください。)

厚生年金保険 老 齢 年 金 加給年金額支給停止事由該当届 (旧)

54			
受給権者	① 年金証書の記号番号		
	② 生 年 月 日	明 1 ・ 大 3 ・ 昭 5 年 月 日	
加給 年 金 額 対 象 者	③ 配 偶 者 の 氏 名		
	④ 配偶者の生年月日	明 1 ・ 大 3 ・ 昭 5 年 月 日	
	⑤ 配偶者が公的年金制度等から支給をうけることとなった老齢・退職または障害の年金の名称およびその支給を行う制度の名称等	年 金 の 名 称	
		制 度 の 名 称	
		年金証書・恩給証書等の記号番号	
⑥ 上記⑤の年金をうけることとなった年月日	昭和・平成 年 月 日		
※	年 月 日	事 由 手 作 業 調 整 額 制 番	
54		20 年 月 日	

平成 年 月 日 提出

郵便番号

			-		
--	--	--	---	--	--

住 所

受給権者 (カタカナでフリガナ)

氏 名

印

自宅の電話番号()-()-()

(裏面の注意をよく読んでから書いてください。)

※

整理番号	
庁	

厚生年金保険被保険者期間等調査依頼書

私の職歴は次のとおりですが、下の事由により厚生年金保険の被保険者期間等が知りたいので調査をお願いします。

※切手を貼り、あて先を記入した返信用封筒を添えてください。※

住 所	□□□-□□		電 話	()	
氏名と印	(旧姓)フリガナ	性 別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和
	フリガナ				
厚生年金保険の記号番号	記 号 ()	番 号 ()	はじめて資格取得をした年月日	年 月 日	
調査を必要とする理由					

職 歴

事業所の名称	事業所の所在地	勤務した期間	厚生年金加入の有無	備考 (健保記号番号)
		年 月 日 年 月 日	有 無	
		年 月 日 年 月 日	有 無	
		年 月 日 年 月 日	有 無	
		年 月 日 年 月 日	有 無	
		年 月 日 年 月 日	有 無	
		年 月 日 年 月 日	有 無	

- ⑤ 1. 昭和17年以後に勤務した事業所の名称・所在地・期間をできる限り詳しく記入してください。
 2. 本社で厚生年金に加入していたときは、本社の所在地を支店、営業所、出張所ごとに加入していたときはその所在地を記入してください。
 3. 所在地はくわしくわからないときでも都市区名まで、勤務期間がくわしくわからないときでも、年月または、夏とか秋までと記入してください。
 4. 代理人等が調査を依頼される場合は、本人の調査依頼承諾書を添えてください。

5. この調査には、約3ヵ月を要しますので御承知ください。

※届書コード	処理区分
20	1.新規 2.再取得 6.種別変更

国民年金被保険者資格取得・種別変更・種別確認 (第3号被保険者該当) 届書

① 国民年金の記号番号	②⑤⑧ 被保険者の氏名 (フリガナ)	③ 性別	④④ 生年月日	送 信
③⑤ 資格取得(種別変更・種別確認)の生年月日	④⑥ 種別	⑨ 郵便番号	⑩ ※市町村コード (フリガナ)	住所
年 月 日	★1. 3号(厚年) A 2. 3号(共済)	★1. 男 2. 女	★3. 大正 5. 昭和	市町村

※⑩年金手帳の作成	※⑪外国人区分	変更前氏名 (備考)	資格取得・種別変更・種別確認の理由
1.新規作成	2.外国人		ア. 20歳到達 イ. 婚姻 ウ. 本人所得減少(a. 離職 b. その他) エ. 配偶者が被用者年金制度に加入 オ. 配偶者の所属する年金制度等の変更 カ. その他()

配偶者の氏名 (フリガナ)	配偶者の生年月日	※ 市町村審査欄 (意見がある場合)
★1. 明治 3. 大正 5. 昭和		1. 健康保険証等により確認 2. その他により確認

配偶者が現在加入している年金制度の記号番号等を記入してください。	組合(保険者)番号	組合(保険者)番号	組合(保険者)番号
厚生年金保険	A	D 日本たばこ産業共済組合	公立学校共済組合 G
私立学校教職員共済組合	J	E 日本電信電話共済組合	警察共済組合 G
農林漁業団体職員共済組合	K	F 日本鉄道共済組合	地方職員共済組合 G
国家公務員等共済組合	C	G 地方公務員共済組合(左記の共済組合を除く)	団体共済部

◎配偶者の勤務先事業主等確認欄◎	この届書記載のとおり届出します。	平成 年 月 日
① 届書記載の被保険者は、厚生年金保険又は共済組合に加入している配偶者の被扶養者(健康(船員)保険又は共済組合の被扶養者(又は所得税法上の控除対象配偶者))であること	都道府県知事 殿 市 町 村 長	
② 届書記載の厚生年金保険の記号番号(船員である被保険者の年金番号)又は保険者番号等は、当該配偶者のものに相違ないことを確認する。	(届出人) 住所 氏名	平成 年 月 日
(事業主等) 所在地 名称 事業主等氏名		

様式第104号

社会保険事務所
年 月 日 付

作成原因		02		連絡欄		X線フィルムの送付		X線フィルムの返送		送付年月日 年 月 日			
				有・無		枚		年 月 日					
00	①年金手帳の 記号番号 (年金手帳に書いてある記号番号を必ず記入してください。)	厚生年金保険の記号番号						課所符号		種別		進達番号	
		51								13 30			
		厚生年金保険(船員)の記号番号						証書番号					
		61										0 0	
		国民年金の記号番号				船戦加重未保配							
生年月日 氏性	②生年月日 明大昭平 1・3・5・7	③(フリガナ) 氏名(氏)	(名)						④性別 男女 1・2	区			
10	⑤住所	郵便番号 (フリガナ)										区	
20	⑥支払機関 (年金をうけることを希望する支払機関のいずれか一方について記入してください。)	金融機関	コード	(フリガナ)						銀行	本店	預金通帳の記号番号	
		金融機関	1	(フリガナ)						金庫	支店		
		都道府県名	(フリガナ)						1 信連 4 漁協 2 信漁連 5 信組 3 農協	本店	支店	金融機関の証明	
		郵便局	2	(フリガナ)						市	区	郵便局	
		郵便局	2	(フリガナ)						市	区	郵便局	
40	⑦配偶者・子 (氏名にはフリガナを付けてください。「続柄」は、該当する続柄を○で囲み、子については、障害の状態にある・ないの別を○で囲んでください。)	氏名		生年月日		続柄		診		区			
		(フリガナ)		明大昭平 1・3・5・7		配偶者 子 (障害の状態に) 1 2 (ある・ない)							
		(フリガナ)		昭平 5・7		子 (障害の状態に) 2 (ある・ない)							
		(フリガナ)		昭平 5・7		子 (障害の状態に) 2 (ある・ない)							
配偶者について次の欄に記入してください。													
40	公的年金制度等から老齢・退職または障害の年金をうけていますか。○で囲んでください。うけているときは制度名、種類、その支給を受けることとなった年月日、年金証書等の記号番号を記入してください。共済組合からうけているときは、支給をしている共済組合の名称を記入してください。	1 老齢・退職の年金をうけている。	制度名(共済組合名)	種類	年月日	年金証書等の記号番号							
		2 障害の年金をうけている。											
		3 いずれもうけていない。	年金証書記号番号		1	制							
2		制	3		制								

(1 . 4)

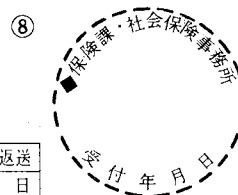
届書コード	届書
7 3 1	

国民年金・厚生年金保険・船員保険遺族給付裁定請求書

様式第105号

遺族基礎年金・特例遺族年金
遺族厚生年金・船員保険遺族年金

◆印欄には記入しないでください。
フリガナはカタカナで記入してください。



⑤◆作成原因		01・02		◆連絡欄		X線フィルムの送付 有・無 枚		X線フィルムの返送 年 月 日					
00	年金手帳の 記号番号	① 厚生年金保険の記号番号				◆課所符号		種 別		⑥◆進達番号		⑦◆別紙区分	
		51						14					
		② 厚生年金保険（船員）の記号番号				◆証 書 番 号							
		61											
③ 国民年金の記号番号				⑨◆船戦加		⑩◆重		⑪◆未保		⑫◆支保		⑬◆受 数	
④ 被保険者生年月日				⑮ 死亡した人の氏名		⑯ 性別							
30 明大昭平 1・3・5・7				氏 名		男 女 1・2							
請求者氏名 生年月日 続 柄				⑲ 氏 名		⑳ 生 年 月 日		㉑ 続 柄					
00 氏 名				(氏)		明大昭平 1・3・5・7							
②③ 住所の郵便番号				②④ ◆住所コード		②⑤ 市区町村							
10													
②⑤ 支払機関				②⑥ ◆コード		②⑦ 銀行金庫		②⑧ フリガナ		②⑨ 預金通帳の記号番号			
20 年金を受けることを希望する金融機関または郵便局のいずれか一方について記入して下さい。				1 金融機関		本店 支店				金融機関の証明			
				2 郵便局		1 信 連 4 漁 協 2 信漁連 5 信 組 3 農 協				印			
②⑥ 郵便番号				②⑦ フリガナ		②⑧ フリガナ		②⑨ 郵便局					
40 加算額の対象者 または 加給金の対象者				氏 名		③⑩ 生 年 月 日		続 柄		障害の状態にありますか		③⑪◆診	
				フリガナ		昭平 5・7		2		ある・ない			
				フリガナ		昭平 5・7		2		ある・ない			
				フリガナ		昭平 5・7		2		ある・ない			
⑦現在、公的年金制度等および船員保険法から年金を受けていますか。○で囲んでください。受けているときは制度名（共済組合にあっては、その支払いを行う機関名）、年金の種類、その支給を受けることとなった年月日、年金証書等の記号番号を記入してください。				1 受けている		制度名（共済組合名）		種 類		年 月 日		年金証書等の記号番号	
				2 受けていない									
				3 請求中									
				・制度名（共済組合名）									
				・年金の種類									
95 ③③◆ 年金証書記号番号 1				制		2		制		③④◆種別1			
3				制		③④◆		4		制		2	

(1.4)

届書コード	処理区分 コード	届書
7 3 1	1	

国民年金・厚生年金保険・船員保険遺族給付裁定請求書(別紙)

〔遺族基礎年金・遺族厚生年金・特例遺族年金・船員保険遺族年金〕

◆印欄には記入しないでください。
フリガナはカタカナで記入してください。

①◆進達番号		②被保険者生年月日		送信	③◆別紙区分	④◆未保	⑤◆支保	⑥◆受数
明大昭平 1・3・5・7		年 月 日						
⑦請求者氏名・印		(フリガナ) (氏) (名)		◆課所符号	◆種別	◆証書番号		
					14			
⑧請求者生年月日				⑨続柄	◆船戦加	◆重	◆繰	◆長期
明大昭平 1・3・5・7				年 月 日				◆基加
								◆沖縄
								◆旧令
⑩住所の郵便番号		⑪◆住所コード (フリガナ)		市区町村				
□□□□□		住所						
⑦支払機関		⑫◆コード		⑮ (フリガナ)		⑯預金通帳の記号番号		
年金を受けることを希望する金融機関または郵便局のいずれか一方について記入してください。		金融機関		銀行 金庫		本店 支店		
1		都道府県名		⑮ (フリガナ)		本所 支所 本店 支店		
				1 信連 4 漁協 2 信漁連 5 信組 3 農協		金融機関の証明		
⑬郵便番号		⑭ (フリガナ)		⑮ (フリガナ)		郵便局		
□□□□□		所在地 都 市 区		(名称)				
④加算額の対象者		氏 名		⑰生年月日		◆続柄		障害の状態にありますか
〔18歳未満の子および国民年金法施行令別表に定める1級または2級の障害の状態にある20歳未満の子〕		(フリガナ)		昭平 5・7		2		ある・ない
		(フリガナ)		昭平 5・7		2		ある・ない
		(フリガナ)		昭平 5・7		2		ある・ない
⑰		1 受けている		制度名(共済組合名)		種類		年月日
現在、公的年金制度および船員保険法から年金を受けていますか。○で囲んでください。受けているときは制度名(共済組合)にあっては、その支払いを行う機関名、年金の種類、その支給を受けることとなった年月日、年金証書等の記号番号を記入してください。		2 受けていない						年金証書等の記号番号
		3 請求中						
		●制度名(共済組合名)						
		●年金の種類						
⑳◆年金証書記号番号 1		制		2		制		㉓◆種別
3		制		4		制		2

国民年金未支給年金請求書

厚生年金保険 未支給年金 保険給付 請求書

保険課・社会保険事務所記入欄
遺族給付同時請求 有()・無()
死亡届の添付 有・無

45	46	48	(死亡届は切り離さないでください。)										
死亡した受給権者	① 年金証書の交付を受けていたときは、その年金証書の記号番号												
	② 生 年 月 日		明・大・昭・平		年		月		日				
	③ 死 亡 し た 年 月 日		昭 和 ・ 平 成		年		月		日				
	⑦ 氏 名	(フリガナ)	(氏)		(名)		※ 48		01・02・03・04				
請求者	④ 氏 名		(フリガナ)	(氏)		(名)		⑤ 続柄		続柄		市町受	
							⑥						
	⑧ 住 所		※ 住所コード		(フリガナ)		市区町村						
	④ 支払機関		※ コード		(フリガナ)		銀行金庫		本店支店		預金通帳の記号番号		
	金融機関		1		都道府県名		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000		金融機関の証明		印		
④ 支払機関		1		郵便局		所在地		郵便局の郵便番号 (フリガナ)		郡市		区	
		2		郵便局		名 称		(フリガナ)				郵便局	

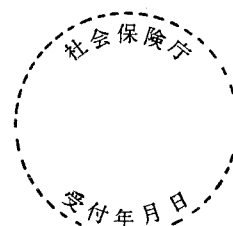
◎「記入上の注意」等をよく読んでから記入してください。

◎「死亡届」にも忘れずに押印してください。

平成 年 月 日 提出 自宅の電話番号 ()-()-()

④	生 計 同 一 証 明				
上記の請求者は、受給権者の死亡当時、その者と生計を同じくしていたことを証明する。					
平成 年 月 日					
証 明 者 住 所					
職名・氏名					
⑥					

※	基礎	付 加	上 乗	独 自
未支給金額				
支給期間	自 年 月 から	年 月 から	年 月 から	年 月 から
	至 年 月 まで	年 月 まで	年 月 まで	年 月 まで



国民年金加算額
厚生年金保険加給年金額 対象者不該当届

54	(受給権者の配偶者または子が下記の事由に該当したときの届)											
受給権者	① 年金証書の記号番号											
	② 生 年 月 日			明・大・昭・平 1 3 5 7			年		月		日	
不 該 当 者	③ 不 該 当 と な っ た 年 月 日			昭和・平成			年		月		日	
	④ 不 該 当 と な っ た 事 由			※ 01 ア 死亡した 02 イ 受給権者によって生計が維持されなくなった 02 ウ 離婚した 02 エ 養子となった(事実上の関係を含む) 02 オ 離縁した 02 カ 婚姻(事実上の関係を含む)した 02 キ 18歳以上の子の障害の程度がよかった 08 ク 遺族たる年金給付の受給権者である妻と子が 生計を同じくしなくなった								
	⑤ 氏 名											
	⑥ 生 年 月 日			明・大・昭・平 1 3 5 7			年		月		日	
	⑦ 受給権者との続柄			配偶者・子		※ 1 障 害 手作業表示 2		調 整 額 基 付 上 独 十 十 十 十 二 二 二 二 二 二 二 二 二 二 二 二				

平成 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□

受給権者 住 所
(カタカナでフリガナ)
氏 名

印

自宅の電話番号 ()-()-()

記入上の注意

※印欄には、記入しないでください。

②および⑥の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、

昭和9年1月6日生まれの場合は、

明	大	昭	平	年	月	日
1	3	5	7	0	9	0
				1	0	6

と記入してください。

③には、④のアからクまでのいずれかに該当した年月日を記入してください。

④は、該当するところの文字(ア・イ・ウ等)を○印で囲んでください。

⑦は、該当する文字(配偶者・子)を○印で囲んでください。

国民年金 老齢基礎年金受給権者 厚生年金保険被保険者 資格喪失届(退職)

様式第209号

52	54	80	(勤めていたため老齢基礎年金が全額支給停止となっている人が退職したときの届)													
① 年金証書の記号番号																
② 生 年 月 日			大 3		昭 5		平 7		年		月		日			
③ 最後に厚生年金保険の被保険者または共済組合の組合員の資格を喪失した年月日			昭和・平成						年		月		日			
④ 資格喪失の区分			ア 老齢基礎年金のみの受給権者が厚生年金保険の被保険者の資格を喪失した。 イ 老齢基礎年金の受給権者(同時に老齢厚生年金の受給権者である者を含む。)が共済組合の組合員の資格を喪失した。													
⑤ 最後に厚生年金保険の被保険者として使用されていたときはその事業所(船舶所有者)、または共済組合の組合員として加入していたときはその共済組合(支部)について右の欄に記入してください。			健康保険・船員保険被保険者証の記号番号		(記号)		(番号)									
			名 称 (船舶所有者の氏名)													
			所 在 地 (船舶所有者の住所)													
⑥ 被保険者または組合員であるため年金額の全部または一部が支給停止されていた期間			昭和・平成		年		月		日まで							
⑦ ③に記入した日から後に再び厚生年金保険の被保険者(第四種を含む。)として使用されているときはその事業所(船舶所有者)、または共済組合の組合員(任意継続者を含む。)として加入しているときはその共済組合(支部)について右の欄に記入してください。			被保険者資格を再取得した年月日		昭和・平成		年		月		日まで					
			健康保険・船員保険被保険者証の記号番号		(記号)		(番号)									
			名 称													
⑧ 配偶者について、右の欄に記入してください。			現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする年金をうけていますか。		ア 老齢・退職の年金をうけている。		イ 障害の年金をうけている。		ウ いずれもうけていない。							
			うけているときは、その公的年金制度等の名称および年金証書・恩給証書の記号番号		名 称											
			その支給をうけることとなった年月日		昭和・平成		年		月		日					
※ 支給停止解除 52			解 除 年 月 日		事 由		手作業表示		調 整 額		※ 配偶者証番訂正・収録 80					
			年 月 日		02						1					
											2					
※ 年 金 額 改 定 54			改 定 年 月 日		事 由		④状態表示		手作業表示		調 整 額					
			年 月 日		25											

平成 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□

住 所

受給権者 (カタカナでフリガナ)
氏 名

㊞

自宅の電話番号 ()-()-()

生 計 維 持 申 立			
配偶者および子の氏名	生 年 月 日	受給権者との続柄	障害の状態にありますか
	明治 昭和 平成 年 月 日		あ る ・ な い
	昭和 平成 年 月 日		あ る ・ な い
	昭和 平成 年 月 日		あ る ・ な い

上記の者は、現在生計を維持していることを申し立てる。

平成 年 月 日 受給権者氏名 ㊞

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)

54	80	(配偶者加給年金額が加算されている受給権者の配偶者が老齢・退職または障害を支給事由とする年金がうけられることになったときの届)																											
受給権者	① 年金証書の記号番号																												
	② 生 年 月 日			大 昭 平 3 5 7			年			月			日																
加給年金額対象者	③ 配偶者の氏名																												
	④ 配偶者の生年月日			明 大 昭 平 1 3 5 7			年			月			日																
	⑤ 配偶者が老齢厚生年金・障害厚生年金(支給事由を同じくする障害基礎年金を含む)以外に公的年金制度等から支給を受けることになった老齢・退職または障害を支給事由とする年金の名称およびその支給を行う制度の名称等			年金の名称																									
				制度の名称																									
				年金証書・恩給証書の記号番号																									
⑥ 上記⑤の年金を受けることとなった年月日			昭 和 ・ 平 成			年			月			日																	
※ 年 金 額 改 定 54	改 定 年 月 日			事 由		㊦状態表示		手作業表示		調 整 額																			
	年 月 日			25						基		十																	
										付		十																	
										上		十																	
										独		十																	
※ 配偶者証番訂正・収録 80 1															2														

平成 年 月 日 提出

郵便番号 □□□-□□

受給権者 住 所

(カタカナでフリガナ)

氏 名

㊦

自宅の電話番号 () - () - ()

(裏面の「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。)

この欄の該当欄に記入してください。

51	52	53	54	57	70	74	(選択関係にある二つ以上の年金をうけられるようになったときに停止の解除を申請する旨)									
① うけようとする年金の年金証書の記号番号 (支給停止の解除を申請する年金)																
② うけようとする年金以外の年金証書の記号番号																
③ 生 年 月 日							明・大・昭・平 1・3・5・7		年		月		日			
④ 遺族給付をうけようとする65歳以上の方で老齢給付の受給権者の方は、次のいずれかを選択するか記入してください。							ア 遺族基礎年金と遺族厚生年金を選択。			イ 遺族給付と老齢給付の一部併給。			ウ 旧遺族年金と旧障害年金等の一部併給。			
⑤ 備 考																
⑥ 配偶者について、右の欄に記入してください。		現在、公的年金制度等から老齢・退職または障害を支給事由とする年金をうけていますか。					ア 老齢・退職の年金をうけている。		イ 障害の年金をうけている。		ウ いずれもうけていない。					
		うけているときは、その公的年金制度等の名称および年金証書・恩給証書の記号番号					名 称									
		その支給をうけることとなった年月日					記 号 番 号									
							昭和・平成		年		月 日					

平成 年 月 日提出 郵便番号 □□□-□□

住 所
受給権者 (ワタウナでフリガナ)
氏 名
自宅の電話番号 ()-()-()

㊤

※ 社 会 保 険 庁 記 入 欄														
※ 新規選択 選択変更 70	年 金 年 月 日			事 由	選択表示1	併 給 年 金 証 書 番 号 2					選択表示2			
	年	月	日	01・02										
						併 給 年 金 証 書 番 号 3					選択表示3			
※ 他年金証 番 訂 正 74	選択表示1			他年金証書番号 2							選択表示2			
				他年金証書番号 3							選択表示3			
				他年金証書番号 4							選択表示4			
※ 停 止 51	停 止 年 月 日			事 由	停 止 額	手作業表示		調 整 額						
	年	月	日	02				基 付 上 独	十 二 十 二					
				03										
※ 33 未選択 解除	解 除 年 月 日			事 由	手作業表示	調 整 額		※配偶者証番訂正・収録・80						
	年	月	日					基 付 上 独	十 二 十 二					
※ 配偶者 状態表 示変更 54	変 更 年 月 日			事 由	配偶者状態表示	手作業表示		調 整 額						
	年	月	日	25				基 付 上 独	十 二 十 二					
※ 支払 調整 57	事 由			調 整 額										

届書コード	処理区分
2 5 5	

課長	官	係長	係員

正

厚生年金保険 被保険者年金手帳記号番号重複取消届

- ⑤ 記入の方法は副本の裏面に書いてありますからよく読んでください。
- ⑥ この届書には以前に交付を受けたすべての年金手帳（または厚生年金被保険者証）を添えてください。

① 事業所の記号	② 被保険者の番号	③ はじめて交付を受けた年金手帳の厚生年金保険の記号番号	④ 被保険者氏名	⑤ 生年月日	送
			(氏)	明1 大3 昭5	信
④ 種別	⑤ 上記以外に交付されている年金手帳の厚生年金保険の記号番号	⑥ 上記以外に交付されている年金手帳の厚生年金保険の記号番号	⑦ 上記以外に交付されている年金手帳の厚生年金保険の記号番号	備考	送
1. 2. 5. 3. 6. 4. 7.					信

平成 年 月 日 提出

受付日付印 処理印

郵便番号	〒						
所在地	(届出者住所)						
事業所名称							
事業主氏名	(出資者氏名)						
電話	() - () - ()						

社会保険委員の確認印、又は社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印	印
-----------------------------------	---

(取扱 社会保険事務所)

届書コード	届書
2 4 1	

年金手帳 減失 再交付申請書 (厚生年金保険)

課長	係長	係員

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「き損」のときは年金手帳を添付してください。
欄については記入しないでください。

① 年金手帳の厚生年金保険の 記号 番号		⑦ 被保険者の氏名 (氏) (氏) ㊟		② 生年月日 明1 年 月 日 大3 昭5		③ 性別 男 1 女 2	④ 作成区分 送信	⑤ 有・無 送信
④ 被保険者の住所		〒 電話 () - () - ()		⑦ 他制度で交付された年金手帳の添付の有無		有・無		
⑤ 現に被保険者として使用されている事業所の名称及び所在地(又は最後に被保険者として使用された事業所の名称、住所及び喪失年月日)		名称		所在地		現に被保険者のとき		健康保険被保険者証の記号番号 ()
		名称		所在地		退職しているとき		退職の日 (年 月 日)
⑥ はじめて年金手帳の交付を受けた 当時に使用されていた事業所の名称及び所在地		名称		所在地				
		勤務期間		昭和 年 月 ~ 昭和 年 月				
⑧ はじめて年金手帳の交付を受けた年月日		昭和 年 月 日		⑨ 減失又はき損の事由				

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので、届出いたします。なお、今後は年金手帳を減失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名 ㊟
電 話 () - () - ()

昭和 年 月 日提出

受付日付印

処理印

社会保険労務士の提出代行者・事務代理者印	
	㊟

(取扱

社会保険事務所)

年金手帳の送付に使用しますから下の欄内に送付先のあて名及び郵便番号を記入してください。

郵便番号

			-		
--	--	--	---	--	--

所在地
(届出者住所)

事業所名称

事業主氏名
(届出者氏名)

電 話

() - () - ()

○厚生年金保険年金手帳は、はじめて受けたものを一生使用します。
大切に保管しましょう。

社会保険事務所長