

様式コード				
2	2	9	0	2

令和 年 月 日 申請

健康保険 資格取得・資格喪失等確認請求書
厚生年金保険

1. 申請者が記入する欄(必ず記入してください)

フリガナ			
氏名			
現住所	〒		
続柄		電話番号	

2. 確認書を必要とする理由の該当する口にレ印をしてください。

国民健康保険の加入(脱退)手続き その他()

3. 被保険者(被保険者であった者)について記入する欄(必ず記入してください)

フリガナ			生年月日	昭 平
氏名				令 年 月 日
現住所	〒			
個人番号(または基礎年金番号) (被保険者が申請する場合)				
事業所名称				
事業所所在地				
※保険者番号			※事業所記号・番号	
※取得年月日 (入社した日)	昭 和 平 成	※喪失年月日 (退職日の翌日)	昭 和 平 成	年 月 日
	令 和	年 月 日	令 和	年 月 日

4. 被扶養者(被扶養者であった者)について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※解除年月日
	昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
	昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
	昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
	昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日

○申請者が被保険者及び被扶養者以外である場合に委任者が記入してください。

・この申請及び受領を上記の申請者に委任します。 令和 年 月 日

委任者氏名 : _____

委任者と申請者の関係 : _____

現住所 : _____

(記入上の注意)

- ①太枠の部分を入力してください。※印の部分の記入は不要です。
 - ②申請者の氏名と現住所が被保険者と同一の場合は被保険者欄の氏名と現住所の記載は不要です。
- (注)被扶養者が申請する場合、被扶養者本人に関する事項についてのみ証明が可能であるため、上記3の網掛け部分については、証明することができませんので、ご注意ください。

【添付書類について】

〈個人番号(マイナンバー)により申請する場合〉

本人が窓口でこの申請書を提出する場合は、マイナンバーカード(個人番号カード)を提示してください。お持ちでない場合は、以下の①および②を提示してください※1。

- ①マイナンバーが確認できる書類：個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
 - ②身元(実存)確認書類：運転免許証、パスポート、在留カードなど※2
- ※1 郵送でこの申請書を提出する場合は、マイナンバーカード表裏両面または①および②のコピーを添付してください。
※2 上記以外の②身元(実存)確認書類については、管轄の年金事務所へお問い合わせください。

令和 年 月 日 申請

健康保険 厚生年金保険 資格取得・資格喪失等確認通知書

1. 申請者が記入する欄

フリガナ			
氏名			
現住所	〒		
続柄		電話番号	

2. 証明書を必要とする理由

国民健康保険の加入（脱退）手続き その他（ ）

3. 被保険者（被保険者であった者）について記入する欄

フリガナ			
氏名		生年月日	昭平 年 月 日 令和 年 月 日
現住所	〒		
事業所名称			
事業所所在地			
※保険者番号		※事業所記号・番号	
※取得年月日 (入社した日)	昭和 平成 令和 年 月 日	※喪失年月日 (退職日の翌日)	令和 年 月 日

4. 被扶養者（被扶養者であった者）について記入する欄

氏名	生年月日	続柄	※認定年月日	※解除年月日
	昭平 年 月 日 令和 年 月 日		昭平 年 月 日 令和 年 月 日	昭平 年 月 日 令和 年 月 日
	昭平 年 月 日 令和 年 月 日		昭平 年 月 日 令和 年 月 日	昭平 年 月 日 令和 年 月 日
	昭平 年 月 日 令和 年 月 日		昭平 年 月 日 令和 年 月 日	昭平 年 月 日 令和 年 月 日

※申請者の氏名と現住所が被保険者と同一の場合は被保険者欄の氏名と現住所の記載を省略しています。

上記のとおり相違ないことを確認しましたので通知します。

令和 年 月 日

日本年金機構理事長