

様式コード			
2	2	0	0

厚生年金保険

被保険者資格取得届

2019年 4月 13日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	2 2 - f e w d 事業所 番号 1 3 4 3 4
	事業所 所在地	〒 151 - 0051 東京都 渋谷区千駄ヶ谷
	事業所 名称	テスト株式会社
	事業主 氏名	ジョブカン代表 印
電話番号	03 (1111) 2222	

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等
印

被保険者 1	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ ジョブカン 氏名 ジョブカン 名 タロウ 一郎	③ 生 年 月 日 5.昭和 年 月 日 平成 0 2 0 2 0 6 9.令和	④ 種別 ①男 2.女
	⑤ 取 得 区 ① 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 年 月 日 9.令和 3 1 0 1 1 1	⑧ 被扶 養者 ①有 0.無
	⑨ 報 酬 月 額 ⑦ 通貨 円 ⑧ 現物 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) 円 標準報酬月額 円 厚 円	⑩ 備 考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】	
	⑪ 住 所 〒 151 - 0051	トウキョウトシバクセンダガヤ 東京都 渋谷区千駄ヶ谷		

被保険者 2	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ 氏名	③ 生 年 月 日 5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 取 得 区 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 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 標準報酬月額 円 厚 円	⑩ 備 考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】	
	⑪ 住 所 〒 -			

被保険者 3	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ 氏名	③ 生 年 月 日 5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 取 得 区 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 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 標準報酬月額 円 厚 円	⑩ 備 考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】	
	⑪ 住 所 〒 -			

被保険者 4	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ 氏名	③ 生 年 月 日 5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 取 得 区 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 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 標準報酬月額 円 厚 円	⑩ 備 考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】	
	⑪ 住 所 〒 -			