

様式コード
9 2 9 9

記入例

健康保険

国保組合

被保険者適用除外承認申請書

(国民健康保険組合被保険者)



※事業所整理記号・事業所番号が既に割り当てられている場合はその記号・番号をご記入ください。

令和 年 月 日提出

提出者記入欄

事業所整理記号 **※新規の場合、年金事務所で番号が決定します。**

事業所所在地 〒 **320 - 8503**
宇都宮市駒生町〇〇-〇

事業所名称 **医療法人〇〇会 栃木クリニック**

事業主氏名 **栃木 太郎**

電話番号 **028 (622) 1234**

下記の「は」、適用除外該当事由に該当することにより当国民健康保険組合の事業運営上必要な者であることを証明します。

令和 年 月 日
栃木県医師
国民健康保険組合理事長 ㊟

※この欄は組合で押印します。

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

当該事業所に使用されかつ国民健康保険組合の被保険者である間、健康保険の適用除外の承認を申請します。

申請者 1

① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) イシ タロウ (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 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取得区分	⑦ 適用除外年月日		9. 令和	年 月 日	⑧ 適用除外年月日		
⑥ 厚年	⑩ 住所 〒 328 - 0052 栃木市祝町△△-△		⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由 1. 事業所状態変更 ※この欄は組合で記入します。 ⑭ 国保組合資格取得年月日 9. 令和 年 月 日				

⑦適用除外年月日には…
・事業所が法人となった日 ・常勤5人目を雇用した日
・厚生年金適用事業所で新たに従業員を雇用した日 等を記入

申請者 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 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取得区分	⑥ 厚年	⑦ 適用除外年月日		9. 令和	年 月 日	⑧ 適用除外年月日	
⑩ 住所	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由 1. 事業所状態変更 2. 事業所設立等 3. 新規採用 4. 再就職 ⑭ 国保組合資格取得年月日 9. 令和 年 月 日						

申請者 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 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取得区分	⑥ 厚年	⑦ 適用除外年月日		9. 令和	年 月 日	⑧ 適用除外年月日	
⑩ 住所	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由 1. 事業所状態変更 2. 事業所設立等 3. 新規採用 4. 再就職 ⑭ 国保組合資格取得年月日 9. 令和 年 月 日						

申請者 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 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取得区分	⑥ 厚年	⑦ 適用除外年月日		9. 令和	年 月 日	⑧ 適用除外年月日	
⑩ 住所	⑫ 国保組合記載欄 ⑬ 適用除外該当事由 1. 事業所状態変更 2. 事業所設立等 3. 新規採用 4. 再就職 ⑭ 国保組合資格取得年月日 9. 令和 年 月 日						

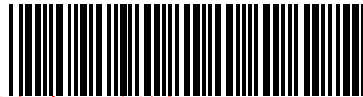
※厚生年金の取得手続きをする方のみ記入してください。4名まで連記できます。

様式コード				
2	2	0	0	6

国保組合

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



※事業所整理記号・事業所番号が既に割り当てられている場合はその記号・番号をご記入ください。

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄

※新規の場合、年金事務所にて番号が決定します。

事業所整理記号

事業所所在地
〒 320 - 8503
宇都宮市駒生町〇〇-〇
医療法人〇〇会 栃木クリニック

事業所名称
医療法人〇〇会 栃木クリニック

事業主氏名
栃木 太郎

電話番号
028 (622) 1234

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	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	④ 種別
	医師 太郎	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 4 2 10 0 1	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取区	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得年月日	⑧ 被扶養者
6. 厚年	※マイナンバーまたは基礎年金番号(左詰め)	※適用除外年月日と同日	0. 無 1. 有
⑨ 報酬月額	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 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	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。		

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	④ 種別
		5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取区	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得年月日	⑧ 被扶養者
6. 厚年		9. 令和 年 月 日	0. 無 1. 有
⑨ 報酬月額	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 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	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。		

被保険者 3

《ご注意！》
この書類(厚生年金保険 被保険者資格取得届)は、
事実の発生した日から5日以内に年金事務所に提出しなければなりません！
本来、健康保険被保険者適用除外承認申請書とセットになっている書類ですが、
別々にして、被保険者資格取得届だけを先に年金事務所に提出することができます。
その際には、必ず余白に①のように記入し、適用除外承認申請書は別途提出する旨を年金事務所へお伝えください。

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	④ 種別
		5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	1. 男 2. 女 3. 坑内員 5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
⑤ 取区	⑥ 個人番号 (基礎年金番号)	⑦ 取得年月日	⑧ 被扶養者
6. 厚年		(該当) 9. 令和 年 月 日	0. 無 1. 有
⑨ 報酬月額	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 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	個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。		

『健康保険被保険者適用除外承認申請書は別途提出いたします』

①