

様式コード			
2	3	0	0

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担 当 者

正

## 厚生年金保険高齢任意加入被保険者(船員以外)資格取得 申 出 書

◎裏面の記入方法をご参照のうえ、記入してください。  
※「印欄」は記入しないでください。

① 申出者又は申請者の氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 申出者又は申請者の住所	〒 - ( )
③ 事業所整理記号及び被保険者整理番号	④ 生年月日 昭和 5 年 月 日 平成 7 令和 9	⑤ 種別(性別) 1. 2. 3. 5. 6. 7.	⑥ 個人番号(または基礎年金番号)
⑦ 資格取得年月日 令和 年 月 日		⑧ 厚生年金保険の船員以外であったことの有無 無 1 有 2	⑨ 報酬月額 ① 通貨によるもの額 ② 現物によるもの額 ③ 合計 円 円 円 標準報酬月額 千円
⑪ 事業所の事業の種類	⑫ 現に健康保険の被保険者ですか。 1. 健康保険の被保険者である。 次の欄に事業所整理記号及び被保険者整理番号(組合管掌健康保険の被保険者は、被保険者証の記号及び番号)を記入してください。 記号 番号 2. 健康保険の被保険者でない。		※ 決定事項 年金制度に加入していた期間 月 高齢任意加入被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日 高齢任意加入被保険者資格喪失予定年月日 令和 年 月 日 高齢任意加入被保険者としての加入期間 月 標準報酬月額 千円 その他
⑬ 保険料負担の同意等	被保険者となった場合は、事業主が保険料の半額を負担し、被保険者及び自己の負担する保険料を納付する義務を負うことにつき 1. 同意している(同意証明欄に事業主の証明を受けてください。) 2. 同意していない 1. 資格取得申出者の場合 厚生年金保険法附則第4条の3第7項による高齢任意加入被保険者にかかる保険料負担及び納付に同意する。 2. 資格取得申請者の場合 厚生年金保険法附則第4条の5による高齢任意加入被保険者の資格に同意する。 令和 年 月 日 事業主氏名		
⑭ 備考			

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

受付日付印

副

# 厚生年金保険高齢任意加入被保険者(船員以外)資格取得 受理可 及び標準報酬決定通知書

① 申出者又は申請者の氏名		(フリガナ) (氏)	(名)	② 申出者又は申請者の住所	〒	—	電話番号 ( )
③ 事業所整理記号及び被保険者整理番号		④ 生年月日		⑤ 種別(性別)	※⑦ 資格取得年月日		⑧ 厚生年金保険の被保険者以外であったことの有無
		昭和 5 平成 7 令和 9	年 月 日	1. 5. 2. 6. 3. 7.	令和 年 月 日	無 1 有 2	⑨ 報酬月額 ① 通貨によるものの額 ② 現物によるものの額 ③ 合計
							※⑩ 標準報酬月額 千円

※キリトリ線より上部は申請者にお渡しください。

あなたから、高齢任意加入被保険者として厚生年金保険に加入したいとの申出申請について、調査確認したところ、右のとおり決定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  
(年金事務所)

この通知書の決定に不服があるときは、この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(地方厚生局内)に審査請求できます。また、その決定に不服があるときは、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)に再審査請求できます。

なお、この決定の取消の訴えは、審査請求の決定(以下「決定」という。)を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、この通知書の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、決定を経なくても提起できます。この訴えは、決定(再審査請求をした場合には、当該決定又は社会保険審査会の裁決。以下同じ。)があったことを知った日から6か月以内に日本年金機構を被告として提起できます。ただし、原則として、決定の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

※決定事項	年金制度に加入していた期間	ヶ月
	高齢任意加入被保険者資格取得年月日	令和 年 月 日
	高齢任意加入被保険者資格喪失予定年月日	令和 年 月 日
	高齢任意加入被保険者としての加入期間	ヶ月
	標準報酬月額	千円
	その他	

キリトリ線

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		様
電話番号	( )	

令和 年 月 日に提出された被保険者の資格取得の申請については、次のとおり決定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  
(年金事務所)

保険料の半額負担及び納付についての同意の有無	有 ・ 無
資格取得年月日	令和 年 月 日
資格喪失予定年月日	令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
その他	

保険料納入告知書の番号	第 号
-------------	-----

### 【記入方法】

※印の欄には、記入しないでください。

厚生年金保険の適用事業所に使用される者であるときは、標題の「申出」の文字を○で囲み、厚生年金保険の適用事業所以外の事業所に使用される者であるときは、標題の「申請」の文字を○で囲んでください。

①の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

昭和 5	年	月	日
平成 7	1	2	0
令和 9	2	0	9

のように記入してください。

④の年号は、該当する文字を○で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和12年9月2日生まれの場合は、

⑤は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○で囲んでください。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○で囲んでください。

⑥は個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。

⑧は、該当する文字を○で囲んでください。

⑨には、下記により記入してください。

①には、報酬のうち、臨時に受けるもの及び3か月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、通貨で支払われる賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、厚生年金保険法第22条第1項各号の規定によって算定した額を記入してください。

②には、報酬のうち、食事、住宅、被服など通貨以外のもので支払われるものについて、厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣が定めた価額によって算定した額を記入してください。

⑫は、申出者又は申請者が健康保険の被保険者であるときは「1」を、健康保険の被保険者でないときは「2」を○で囲んでください。

なお、「1」を○で囲んだときは、事業所整理記号及び被保険者証の記号及び番号を記入してください。

⑭には、最後に被保険者の資格を喪失した後に氏名を変更した場合は、変更前の氏名を記入してください。

### 【添付書類】

<個人番号(マイナンバー)により申出または申請する場合>

本人が窓口でこの書類を提出する場合は、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 郵送でこの書類を提出する場合は、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。

<基礎年金番号により申出または申請する場合>

1 基礎年金番号通知書等

2 生年月日に関する市区町村長の証明書又は戸籍謄本

以下は、上記いずれの場合であっても併せて添付してください。

1 履歴書

2 過去に共済組合に加入していたことがある人は、共済組合の加入期間確認通知書

3 合算対象期間がある人は、当該期間を確認できる書類(戸籍謄本と配偶者の基礎年金番号通知書等)

4 報酬月額を確認できる書類(賃金台帳等)