

記入例

厚生年金保険高年齢任意加入被保険者(船員以外)資格取得

申 出 書
申 請

「申出」「申請」いずれかの文字を○で囲んでください。

申出：厚生年金保険の適用事業所で働く70歳以上の方が
厚生年金保険への加入を申し出る場合

申請：厚生年金保険の適用事業所以外で働く70歳以上の方が
厚生年金保険への加入を申請する場合

事業所整理記号を必ず記入してください。
被保険者整理番号は、高年齢任意加入被保険者の資格
取得時に払い出される予定の整理番号を記入してくだ
さい。(新しい番号での払い出しになります。)

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)	⑥ 個人番号(または基礎年金番号)		※⑦ 資格取得年月日	⑧ 厚生年金 保険の船員以 外の被保険者 であったこと の有無	⑨ 報 酬 月 額		※⑩ 標準報酬 月 額
杉並 ケマ 9		昭和 9 年 7 月 2 日 平成 7 年 7 月 2 日 令和 9 年 7 月 2 日		① 2 3 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		令和 年 月 日	無 1 有 2	① 通貨による ものの額	② 現物による ものの額	③ 合 計
									100.000	0	100.000
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を記入してください。 記号 杉並ケマ 番号 5									
⑬ 保険料負担 の同意等		⑫ 1. 健康保険の被保険者である。場合は、事業所整理記号・番号を 必ず記入してください。									
事業主の 同意の有無 (申出者のみ)		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									
同意証明		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項による高年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による高年齢任意加入被保険者の資格に同意する。 令和 5 年 4 月 5 日									
⑭ 備 考		事業主氏名 健保 大助									

マイナンバーカードまたは基礎年金番号通知書等に記載された
個人番号または基礎年金番号を記入してください。

高年齢任意加入対象者の1カ月の給料の
額を記入してください。

事業主が保険料の半額を負担することに同意している場合は、同意証明欄に
事業主名を必ず記入してください。
※事業主の同意が得られない場合、保険料の全額を被保険者が負担すること
になります。

事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

受付日付印

事業所所在地	〒 123 - 4567 東京都千代田区霞が間345-6
事業所名称	健保建築 株式会社
事業主氏名	健保 大助
電話番号	03 (4567) 8901

記入例

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
申 請

「申出」「申請」いずれかの文字を○で囲んでください。

申出：厚生年金保険の適用事業所で働く70歳以上の方が
厚生年金保険への加入を申し出る場合

申請：厚生年金保険の適用事業所以外で働く70歳以上の方が
厚生年金保険への加入を申請する場合

① 申 出 者 又 は 申 請 者 の 氏 名		(フリガナ) ネンキン (氏) 年金		(名) 太郎		② 申 出 者 又 は 申 請 者 の 住 所		〒 168 - 2134 東京都杉並区高井戸1-2-3-4		電話番号 03 (2345) 7896					
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 平成 令和 2 7 0 5 1 2		⑤ 種別 (性別) ① 5 2 3 6 7		⑥ 個人番号(または基礎年金番号) 123456789012		※⑦ 資格取得年月日 令和 年 月 日		⑧ 厚生年金 保険の船員以 外の被保険者 であったこと の有無 無 1 有 2		⑨ 報 酬 月 額 ① 通貨による ものの額 100.000 ② 現物による ものの額 0 ③ 合 計 100.000		※⑩ 標準報酬 月 額 円 千円	
⑪ 事業所の 事業の種類		飲食料品小売業													
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を記入してください。 記号 番号													
⑬ 保険料負担 の同意等		2. 健康保険の被保険者でない。 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 5 年 4 月 5 日 事業主氏名 健保 大助													
⑭ 備 考															

マイナンバーカードまたは基礎年金番号通知書等に記載された
個人番号または基礎年金番号を記入してください。

高齢任意加入対象者の1カ月の給料の
額を記入してください。

同意証明欄に事業主名を必ず記入してください。

事業所所在地等、事業所情報を記入してください。

受付日付印

事業所所在地	〒 123 - 4567 東京都千代田区霞が関5-7-8
事業所名称	健保商店 健保大助
事業主氏名	健保 大助
電話番号	03 (4567) 8901