

被保険者情報	記号・番号 (左づめ)													生年月日					
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>				昭和	年	月	日		
	氏名(フリガナ)																		
	氏名																		
	郵便番号	<input type="text"/> - <input type="text"/>						電話番号 (左づめハイフン除く)						<input type="text"/>					
	住所	都道府県																	

70歳以上の被保険者・被扶養者・旧被扶養者の収入申告欄	①被保険者欄	②被扶養者(旧被扶養者)欄	③被扶養者(旧被扶養者)欄																							
	氏名(フリガナ)	同上																								
	氏名	同上																								
	生年月日	同上												昭和	年	月	日	昭和	年	月	日					
	収入の種類	Ⓐ給与・賞与等収入の金額 (パート収入等含む)	円												円											
		Ⓑ公的年金収入の金額 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、退職年金等)	円												円											
	Ⓒその他の収入の額 ( )	円												円												

情報照会	Ⓐ給与・賞与等収入、Ⓑ公的年金収入の確認は、マイナンバーを利用した情報照会によって行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。詳しくは記入例をご確認ください。 【高齢受給者証の発効年月が1月～8月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【高齢受給者証の発効年月が9月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号																		
	郵便番号	①被保険者欄	②被扶養者(旧被扶養者)欄	③被扶養者(旧被扶養者)欄															
	希望しない	<input type="checkbox"/>	マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。 希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。																

船舶所有者欄	上記のとおり被保険者から申請がありましたので届出します。																	
	船舶所有者所在地																	
	船舶所有者名 疾病任意継続被保険者の方は、船舶所有者欄の記入は不要です。																	
電話番号																		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄																	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	種類	①被保険者	②被扶養者	③被扶養者																					
<input type="checkbox"/>	Ⓐ																								
1.記入有 (添付あり) 2.記入有 (添付なし) 3.記入無 (添付あり)	Ⓑ																								
	Ⓒ																								
		その他 <input type="checkbox"/>				1.その他 2.3名以上				理由				枚数											

受付日印
------

2026.1