

被保険者情報	記号・番号	記号(左づめ)												番号(左づめ)												生年月日					
	氏名(フリガナ)																														
	氏名																														
	郵便番号	郵便番号												電話番号 (左づめハイフン除く)																	
	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	氏名(フリガナ)	①被保険者欄 同上												②被扶養者(旧被扶養者)欄												③被扶養者(旧被扶養者)欄																			
	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	④給与・賞与等収入の金額 (パート収入等含む)	円												円												円																		
		⑤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												円																		
⑥その他の収入の額 ()		円												円												円																			

④給与・賞与等収入、⑤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

情報照会	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、 <input checked="" type="checkbox"/> 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																																			
	電話番号																																			
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。																																				

記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

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	
	①				
	②				
	③				
その他		<input type="checkbox"/>	1.その他 2.3名以上	理由	枚数

受付日印
