

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)													昭和	年	月	日	
	電子申請をご利用の際は、マイナンバーを記入せず、記号・番号をご記入ください。																	
	氏名(フリガナ)																	
	氏名																	
	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	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														
	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。															

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"/>	(A)				
1.記入有 (添付あり) 2.記入有 (添付なし) 3.記入無 (添付あり)	(B)				
	(C)				
	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