

被 保 険 者 情 報	記号・番号 (左づめ)													生年月日			
														昭和 年 月 日			
	個人番号 (マイナンバー)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> 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	氏名(フリガナ)	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	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					

情報照会	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															
	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。																

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				
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
