

様式コード  
9 2 9 9

記入例

国保組合

健康保険 被保険者適用除外承認申請書  
(国民健康保険組合被保険者)

新規の場合は年金事務所で番号が振られます。



令和〇〇年 〇月 〇日提出

事業所整理記号 00-アイウ 事業所番号 01234

事業所所在地 〒330-0062  
さいたま市浦和区仲町3-5-1  
埼玉県県民健康センター5F

事業所名称 医療法人〇〇会

事業主氏名 理事長 国保 太郎

電話番号 048 ( 824 ) 0000

下記の者は、適用除外該当事由に該当することにより当国民健康保険組合の事業運営上必要な者であることを証明します。

令和 年 月 日  
埼玉県医師  
国民健康保険組合理事長 (印)  
医師国保組合証明欄

受付印

社会保険  
氏名等

- ・社会保険の適用事業所での雇用開始日
- ・社会保険の強制適用事業所になった日(常勤が5人になった日)
- ・法人として運営し始めた日

当該事業所に使用されかつ国民健康保険組合の被保険者である間、健康保険の適用除外の承認を申請します。

申請者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) 健康 保子 (氏)(名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)
	⑤ 取得区分 6.厚年	⑦ 適用除外年月日 9.令和 年 月 日		
⑩ 住所 〒 330-0000 埼玉県さいたま市大宮区〇〇町3-2-1				
国保組合記載欄 ⑫ 適用除外該当事由 1.事業所状態変更 2.事業所設立等 3.新規採用 4.再就職 ⑬ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日				
申請者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)
	⑤ 取得区分 6.厚年	⑦ 適用除外年月日 9.令和 年 月 日		
⑩ 住所 〒 -				
国保組合記載欄 ⑫ 適用除外該当事由 1.事業所状態変更 2.事業所設立等 3.新規採用 4.再就職 ⑬ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日				
申請者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)
	⑤ 取得区分 6.厚年	⑦ 適用除外年月日 9.令和 年 月 日		
⑩ 住所 〒 -				
国保組合記載欄 ⑫ 適用除外該当事由 1.事業所状態変更 2.事業所設立等 3.新規採用 4.再就職 ⑬ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日				
申請者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)
	⑤ 取得区分 6.厚年	⑦ 適用除外年月日 9.令和 年 月 日		
⑩ 住所 〒 -				
国保組合記載欄 ⑫ 適用除外該当事由 1.事業所状態変更 2.事業所設立等 3.新規採用 4.再就職 ⑬ 国保組合資格取得年月日 9.令和 年 月 日				

**記入例**

**国保組合**

厚生年金保険 被保険者資格取得届  
厚生年金保険 70歳以上被用者該当届



令和〇〇年 〇月〇〇日提出

**提出者記入欄**

事業所整理記号: 〇〇-アイウ 事業所番号: 〇1234

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒330-0062  
さいたま市浦和区仲町3-5-1  
埼玉県県民健康センター5F

事業所名称: 医療法人〇〇会

事業主氏名: 理事長 国保 太郎

電話番号: 048 ( 824 ) 0000

受付印

年金事務所に提出の際は、  
記入必須項目です。

社会保険労務士記載欄

氏名等

印

**被保険者 1**

① 被保険者整理番号: [ ] ② 氏名: (フリガナ) ケンコウ ヤスコ (氏) 健康 (名) 保子

③ 生年月日: 5.昭和 年 月 日 ④ 種別: 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)

⑤ 取得区分: 6.厚年 ⑥ 個人番号: 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 ⑦ 取得(該当)年月日: 9.令和 年 月 日 ⑧ 被扶養者: 0.無 1.有

⑨ 報酬額: ⑦(通貨) 300,000 円 ⑩(合計 ⑦+⑧) ⑩(現物) 3 0 0 0 0 0 円 ⑪ 備考: 該当する項目を○で囲んでください。 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 二以上事業所勤務者の取得 5. その他 [ ]

⑪ 住所: 個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。(フリガナ)

**被保険者 2**

① 被保険者整理番号: [ ] ② 氏名: (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日: 5.昭和 年 月 日 ④ 種別: 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)

⑤ 取得区分: 6.厚年 ⑥ 個人番号: [ ] ⑦ 取得(該当)年月日: 9.令和 年 月 日 ⑧ 被扶養者: 0.無 1.有

⑨ 報酬額: ⑦(通貨) 円 ⑩(合計 ⑦+⑧) ⑩(現物) 円 ⑪ 備考: 該当する項目を○で囲んでください。 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 二以上事業所勤務者の取得 5. その他 [ ]

⑪ 住所: 個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。(フリガナ)

**被保険者 3**

① 被保険者整理番号: [ ] ② 氏名: (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日: 5.昭和 年 月 日 ④ 種別: 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)

⑤ 取得区分: 6.厚年 ⑥ 個人番号: [ ] ⑦ 取得(該当)年月日: 9.令和 年 月 日 ⑧ 被扶養者: 0.無 1.有

⑨ 報酬額: ⑦(通貨) 円 ⑩(合計 ⑦+⑧) ⑩(現物) 円 ⑪ 備考: 該当する項目を○で囲んでください。 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 二以上事業所勤務者の取得 5. その他 [ ]

⑪ 住所: 個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。(フリガナ)

**被保険者 4**

① 被保険者整理番号: [ ] ② 氏名: (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日: 5.昭和 年 月 日 ④ 種別: 1.男 5.男(基金) 2.女 6.女(基金) 3.坑内員 7.坑内員(基金)

⑤ 取得区分: 6.厚年 ⑥ 個人番号: [ ] ⑦ 取得(該当)年月日: 9.令和 年 月 日 ⑧ 被扶養者: 0.無 1.有

⑨ 報酬額: ⑦(通貨) 円 ⑩(合計 ⑦+⑧) ⑩(現物) 円 ⑪ 備考: 該当する項目を○で囲んでください。 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 二以上事業所勤務者の取得 5. その他 [ ]

⑪ 住所: 個人番号を記入した場合は、住所記入は不要です。(フリガナ)