平成２８年１２月１５日

事　業　主　　様

兵庫県建築健康保険組合

「被保険者資格取得届」等の様式の変更について（お願い）

平素は、当健康保険組合の事業運営について、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、社会保障・税番号制度（以下「マイナンバー制度」といいます。）については、平成27年10月から、国民一人ひとりに12桁の番号（「個人番号（マイナンバー）」といい、以下、単に「マイナンバー」といいます。）が付番され、平成28年１月から順次、社会保障、税、災害対策の各分野で導入されているところです。
健康保険組合においては、平成29年１月からマイナンバーを利用して事務を実施する予定です。

マイナンバー制度の導入に伴い、平成29年１月以降は、健康保険法施行規則及び厚生年金保険法施行規則（厚生労働省令）の改正によって、「被保険者資格取得届」等の様式に、**個人番号の記載欄が設けられる予定**となっていますが、まだ改正省令が公布されていないところです。
同改正案において、平成29年３月末日までの経過措置として、現行様式の使用が認められています。

当健康保険組合としては、マイナンバーを確実に、かつ適正に取得することができるように、**当健康保険組合独自の暫定的措置**として、別添のとおり、**「被保険者資格取得届」及び「被扶養者（異動）届」の様式（見本）を送付しますので、平成29年１月以降は、当該様式を使用**していただきますよう、お願いします。
「被保険者資格取得届」及び「被扶養者（異動）届」以外の様式については、現行様式を使用していただきますよう、お願いします。

なお、改正省令が公布され、新しい様式が調製されましたら、改めてお知らせさせていただきますので、申し添えます。

健康保険 厚生年金保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	係

事業所整理記号（健康保険被保険者証記号）	
① 厚生年金保険整理記号	② 事業所番号（告知番号）
※	

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
★健康保険組合への届出については個人番号を必ず記入し、日本年金機構への届出については基礎年金番号を必ず記入してください。

③健康保険※被保険者整理番号 / 年金整理番号	④ 被保険者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 種別（性別）	⑦ 取得区分	⑧ 個人番号 / 基礎年金番号	⑨※ 作成原因	⑮ 資格取得年月日	㋐ 報酬月額 ㋑ 通貨によるものの額 ㋒ 現物によるものの額 ㋓ 合計	⑯※ 標準報酬月額	㋔ 被扶養者の有無	⑱※ 健康保険被保険者証の不要	⑲※ 強制付番指定	※ 年金手帳の不要
健	（フリガナ）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有			送信
年	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者(3/4未満)（※該当する場合は、✓を入れてください。）				
健	（フリガナ）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有			送信
年	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者(3/4未満)（※該当する場合は、✓を入れてください。）				
健	（フリガナ）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有			送信
年	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者(3/4未満)（※該当する場合は、✓を入れてください。）				
健	（フリガナ）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4		送信	平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有			送信
年	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者(3/4未満)（※該当する場合は、✓を入れてください。）				

事業所所在地	〒 ―
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話	（ 局） 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	㊞

健康保険 厚生年金保険 被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書

事業所整理記号（健康保険被保険者証記号）	
① 厚生年金保険整理記号	② 事業所番号（告知番号）
※	

③健康保険※被保険者整理番号 / 年金整理番号	④ 被保険者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 種別（性別）	⑦ 取得区分	⑧ 個人番号 / 基礎年金番号	⑨※ 作成原因	⑮ 資格取得年月日	㋐ 報酬月額 ㋑ 通貨によるものの額 ㋒ 現物によるものの額 ㋓ 合計	⑯※ 標準報酬月額	㋔ 被扶養者の有無
健 年	（フリガナ）（氏）（名）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4			平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有
	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者（3/4未満）（※該当する場合は、✓を入れてください。）	
健 年	（フリガナ）（氏）（名）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4			平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有
	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者（3/4未満）（※該当する場合は、✓を入れてください。）	
健 年	（フリガナ）（氏）（名）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4			平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有
	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者（3/4未満）（※該当する場合は、✓を入れてください。）	
健 年	（フリガナ）（氏）（名）	明・大・昭・平 1・3・5・7 年 月 日	1・2・3・5・6・7	新1・共3 再2・船4			平成 年 月 日	㋑ 円 ㋒ 円 ㋓ 円	健 千円 年 千円	無・有
	⑩ 郵便番号 ※ 住所コード	⑪ 被保険者住所	（フリガナ） 都道府県						㋕ 備考 □ 短時間労働者（3/4未満）（※該当する場合は、✓を入れてください。）	

事業所所在地	〒 －
事業所名称	
事業主氏名	様
電話	（ 局） 番

上記のとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。

平成 年 月 日

兵庫県建築健康保険組合理事長 ㊞

ア この通知書のことでわからないことがあるときは当組合へお尋ねください。

イ この通知書の確認および決定に不服があるときは、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、厚生労働大臣に対して再審査請求をすることができます。審査請求は、審査請求の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができます。

ウ 再審査請求は、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に対して行うことができ、決定の取消しの訴えなお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、決定の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

エ この通知書を受け取ったら、すみやかに確認された被保険者資格取得年月日および決定された標準報酬月額を、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。

オ 被保険者の被扶養者証を本人に交付する際は、その住所欄に直ちに現住所を明確に記載させてください。

【記入の方法】

70歳以上であることにより健康保険の被保険者の資格のみを取得する者の届出については、届書名の「健康保険」の文字を〇で囲み、70歳未満の者の届書とは別に作成し、提出すること。

1．②の事業所番号は、新規適用時に年金事務所において付された番号を記入すること。

2．④の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

3．⑤の年号は、該当する文字を〇印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和32年２月７日生まれの場合は、「明1 大3 (昭5) 平7 | 年 月 日 | 3 2 0 2 0 7」のように記入すること。

4．⑥は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「１」を、女子であるときは「２」を、坑内員であるときは「３」を〇印で囲むこと。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「５」を、女子であるときは「６」を、坑内員であるときは「７」を〇印で囲むこと。

5．⑦は、初めて厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「新１」を、厚生年金保険の船員以外の被保険者であったことがある者が再び厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「再２」を、共済組合から公庫等へ出向した職員であるときは「共３」を、船員任意継続被保険者であるときは「船４」を〇印で囲むこと。

6　⑧は、個人番号（個人番号を有する者に限る。）及び基礎年金番号（年金手帳又は基礎年金番号通知書の交付を受けた者に限る。）を記入すること。
ただし、健康保険組合への届出については個人番号を必ず記入し、日本年金機構への届出については基礎年金番号を必ず記入すること。
※個人番号を有していない者については、個人番号の記入は不要とすること。
※基礎年金番号が分からないときは、被保険者として最後に使用された事業所の名称及び所在地を㋕に記入すること。
※光ディスクによる届出又は電子申請による届出については、健康保険組合へは個人番号のみ、日本年金機構へは基礎年金番号のみを記録すること。

7．⑮の資格取得年月日は、たとえば、平成22年４月１日の場合は、「平成 年 月 日 | 2 2 0 4 0 1」のように記入すること。

8．㋐は、下記により記入すること。
㋑は、報酬のうち、臨時に受けるもの及び３月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、通貨で支払われる賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、健康保険法第42条第１項各号又は厚生年金保険法第22条第１項各号の規定によって算定した額を記入すること。
㋒は、報酬のうち、食事、住宅、被服など通貨以外のもので支払われるものについて、健康保険法第46条又は厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣又は健康保険組合が定めた価額によって算定した額を記入すること。

9．㋓は、扶養者のある被保険者で被扶養者届を提出している者については「有」を、その他の者については「無」を〇印で囲むこと。

10．㋔は、(1)前に健康保険の被保険者であった者については、その資格取得年月日及び最後の事業所の名称及び所在地を記入すること。
(2)健康保険法第118条第１項各号のいずれかに該当する者については、その旨を記入すること。
(3)健康保険の資格喪失後の継続保険給付を受けている者については、その旨及び給付の種類並びにその給付が傷病手当金であるときには、その傷病名を記入すること。
(4)年金手帳を所持し、かつ、当該年金手帳に記載されている氏名に変更がある者にあっては、変更前の氏名を記入すること。
(5)資格取得時まで引き続いて厚生年金保険の第四種被保険者であった者については、その旨を記入すること。

11．⑩は、郵便番号を必ず記入すること。⑪の被保険者住所は、都道府県名から漢字で正確に記入すること。「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

正

健康保険被扶養者①{該当／不該当／変更・訂正}届

常務理事	事務長	課長	係

①この届書は、被扶養者のいる被保険者が資格を取得したとき、又は、その後に被扶養者の異動があったときに、その日から5日以内に事業主を通じて提出してください。なお、届出が被扶養者の異動によるときは、必ず被保険者証を添付してください。
②記入上の注意及び添付書類等については、㊷の裏面に記載していますので、必ずご覧ください。

被保険者欄	② 被保険者証記号・番号	③ 被保険者氏名	④ 性別	⑤ 生年月日	⑥ 被保険者住所	⑦ 取得年月日	⑧ 標準報酬月額
	・	㊞	男・女	昭・平 年 月 日	〒	昭・平 年 月 日	千円

被扶養者欄	⑨ フリガナ／被扶養者氏名	⑩ 生年月日	⑪ 性別	⑫ 被保険者との続柄	⑬ 税法上の扶養家族の有無	⑭ 職業	⑮ 収入の有無	⑯ 被扶養者になった／でなくなった 年月日	⑰ 被扶養者になった／でなくなった 理由	⑱ 同居・別居の区別	⑲ 別居している被扶養者の住所
	⑳ 個人番号（マイナンバー）										
		昭・平 年 月 日	男・女		有・無		有・無	平成 年 月 日		同・別	〒
	（※個人番号は副には記載しないようにしてください。）										
		昭・平 年 月 日	男・女		有・無		有・無	平成 年 月 日		同・別	〒
	（※個人番号は副には記載しないようにしてください。）										
		昭・平 年 月 日	男・女		有・無		有・無	平成 年 月 日		同・別	〒
	（※個人番号は副には記載しないようにしてください。）										

被扶養者欄	㉑ ⑮欄が「有」に該当する場合、被扶養者別に記入してください。			
	種別 ＼ 被扶養者氏名			
	イ. 勤労収入（年額）※パート・アルバイト収入を含みます。	円	円	円
	ロ. 年金・恩給（年額）※遺族年金・障害年金を含みます。	円	円	円
	ハ. 失業給付（年額）※年額は支給日額に360日を乗じて算出してください。	円	円	円
	ニ. 傷病（出産）手当金（年額）※年額は支給日額に360日を乗じて算出してください。	円	円	円
	ホ. その他（　　）（年額）※農漁業収入、不動産収入等	円	円	円
	合計	円	円	円

事業主確認欄	
	㉒ 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。 確認

※事業主が確認した場合に、上記の㊞に、事業主印を押印してください。

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので、提出します。

平成　年　月　日提出

兵庫県建築健康保組合理事長 様

事業所所在地・名称

事業主氏名　㊞

29.1.1

副

健康保険被扶養者①{認定・抹消・変更・訂正} 通知書

被保険者欄	② 被保険者証記号・番号	③ 被保険者氏名	④ 性別	⑤ 生年月日	⑥ 被保険者住所	⑦ 取得年月日	⑧ 標準報酬月額
	・	㊞	男・女	昭・平 年 月 日	〒	昭・平 年 月 日	千円

被扶養者欄	⑨ フリガナ / 被扶養者氏名	⑩ 生年月日	⑪ 性別	⑫ 被保険者との続柄	⑬ 税法上の扶養家族の有無	⑭ 職業	⑮ 収入の有無	⑯ 被扶養者になった/でなくなった 年月日	⑰ 被扶養者になった/でなくなった 理由	⑱ 同居・別居の区別	⑲ 別居している被扶養者の住所
	⑳ 個人番号（マイナンバー）										
		昭・平 年 月 日	男・女		有・無		有・無	平成 年 月 日		同・別	〒
	[redacted]										
		昭・平 年 月 日	男・女		有・無		有・無	平成 年 月 日		同・別	〒
	[redacted]										
		昭・平 年 月 日	男・女		有・無		有・無	平成 年 月 日		同・別	〒
	[redacted]										

被扶養者欄	㉑ ⑮欄が「有」に該当する場合、被扶養者別に記入してください。			
	種別 ＼ 被扶養者氏名			
	イ. 勤労収入（年額）※パート・アルバイト収入を含みます。	円	円	円
	ロ. 年金・恩給（年額）※遺族年金・障害年金を含みます。	円	円	円
	ハ. 失業給付（年額）※年額は支給日額に360日を乗じて算出してください。	円	円	円
	ニ. 傷病（出産）手当金（年額）※年額は支給日額に360日を乗じて算出してください。	円	円	円
	ホ. その他（　　）（年額）※農漁業収入、不動産収入等	円	円	円
	合計	円	円	円

届出の被扶養者については認定（抹消・変更・訂正）しましたので、通知します。

事業所所在地・名称
事業主氏名　　様

兵庫県建築健康保組合理事長

29.1.1

●被扶養者の該当要件

○　被保険者と同居している場合

認定対象者の年収が130万円（60歳以上又は一定の障害者は180万円）未満で、かつ被保険者の年収の2分の1未満であること。

○　被保険者と別居している場合

認定対象者の年収が130万円（60歳以上又は一定の障害者は180万円）未満で、かつその額が被保険者からの仕送り額（援助額）より少ないこと。

○　曾祖父母、祖父母、父母、配偶者、子、孫及び兄弟姉妹以外の認定対象者については、被保険者と同居していること。

●この届書の記入上の注意

1．　①欄は、該当する文字を○印で囲んでください。

・　該　当・・・被扶養者の認定を受けるとき。

・　不該当・・・認定を受けいている被扶養者を抹消するとき。

・　変　更・・・認定を受けている被扶養者の⑨欄、⑱欄、⑲欄を変更するとき。

・　訂　正・・・認定を受けている被扶養者の⑨欄～⑳欄を訂正するとき。

（変更又は訂正するときは、届書一欄目に変更前、又は訂正前分を赤字で記入し、二欄目に変更後、又は訂正後分を黒字で記入してください。）

2．　⑫欄は、「妻」「内縁の妻」「長男」「孫」「実父」「養父」「妻の母」「姉」「弟」「叔父」等詳しく記入してください。

3．　⑭欄は、「職業」の文字にこだわらず、「パート」「アルバイト」「小学生」「中学生」「高校生」「大学生」「家事手伝」「年金収入」「農業収入」「商業収入」「失業給付受給中」「無職」等その実態がわかるように記入してください。

4．　⑮欄の収入とは、勤労収入、農漁業収入、不動産収入、利子収入、配当収入、年金・恩給（障害・遺族を含む。）、失業給付、傷病手当金、出産手当金、その他すべての収入（退職金を除く。）が対象となります。

5．　⑯欄は、被保険者資格取得時に被扶養者を有するときは、「被保険者資格取得年月日」を記入し、その後に被扶養者を有するに至ったときは、「出生年月日」「婚姻年月日」「退職年月日の翌日」等を、被扶養者を有しなくなったときは、「就職年月日」「死亡年月日の翌日」等を記入してください。

6．　⑰欄は、被保険者資格取得時に被扶養者を有するときは、「被保険者資格取得」と記入し、その後に被扶養者を有するに至ったときは、「結婚」「出生」「失業」等を、被扶養者を有しなくなったときは、「就職」「死亡」等その事実を具体的に記入してください。

7．　②欄は、控除前の収入金額を記入してください。

●この届書に添付の必要な書類

対象者 ＼ 添付書類		収入に関する証明	被保険者と同一世帯であることが確認できる書類	被扶養者現況届・仕送り額が確認できる書類
配偶者（内縁関係も含む。）		○(※2)		
子・孫・兄弟姉妹	16歳未満			
	16歳以上	○(※1)(※2)		○(※3)
父母・祖父母・曾祖父母		○(※2)		○(※3)
配偶者の父母・祖父母・曾祖父母		○(※2)	○	
配偶者の兄弟姉妹	16歳未満		○	
	16歳以上	○(※1)(※2)	○	
内縁の妻（夫）の子及び内縁の妻（夫）の父母	16歳未満		○	
	16歳以上	○(※1)	○	
3親等内のその他の親族	16歳未満		○	
	16歳以上	○(※1)(※2)	○	

※必要な添付書類に○を付しています。

・収入に関する証明について

1　被保険者によって生計維持されていることを証明できる「所得証明書・非課税証明書」、「勤務先の給与証明書・給与明細書の写し」、「年金証書・年金額改定通知書の写し」、「雇用保険受給資格者証の写し」等を添付してください。

2　自営業者については、収入総額及び必要経費の明細がわかる「所得税青色申告決算書」等を添付してください。

3　<u>16歳以上の昼間の学生（高校生・大学生・専門学校生等）については、収入に関する証明書の添付は必要ありません。（※1）</u>

4　<u>所得税法に規定されている控除対象配偶者・扶養親族となっている場合は、事業主がその旨の確認を行い、証明することによって、収入を確認するための書類の添付を省略することができます。その場合は、②欄の「確認」に、事業主印を押印してください。（※2）</u>

・被保険者と同一世帯であることが確認できる書類について

1　被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫及び兄弟姉妹以外の被扶養者については、被保険者世帯全員の住民票を添付してください。

・被扶養者現況届（所定の様式）・仕送り額が確認できる書類について

1　被扶養者が別居しているときに添付してください。

2　仕送り額が確認できる書類として、振込みの場合は預金通帳等の写し、送金の場合は現金書留の控えの写し等を添付してください。

3　<u>16歳以上の昼間の学生（高校生・大学生・専門学校生等）・被保険者の単身赴任等の場合については、被扶養者現況届・仕送り額が確認できる書類の添付は必要ありません。（※3）</u>

・その他事実確認のための書類について

1　その他、生計維持関係等の確認が必要な場合において、事実確認のための書類等の添付をお願いすることがあります。

（例）内縁関係を確認するための書類

・内縁関係にある両人の戸籍謄本　　・被保険者世帯全員の住民票