

建設キャリアアップシステム

加入社会保険等 証明書類見本一覧

第2.1版



一般財団法人建設業振興基金

目次

加入社会保険について	1
健康保険証明書類見本一覧	3
年金保険証明書類見本一覧	16
雇用保険証明書類見本一覧	26
退職金制度証明書類見本一覧	33
労災保険特別加入証明書類見本一覧	38

加入社会保険について

建設キャリアアップシステムでは、登録する情報を正確に証明するため、加入社会保険等証明書類（有効期限のあるものは有効期限内のもの）を確認させていただいております。有効であることが確認できた場合、建設キャリアアップシステムに「証明書類の確認あり」の情報として登録します。一方、登録申請書に記載しても、証明書類の添付がない場合、あるいは無効と判断した場合には加入状況「無」となりますのでご注意ください。

1. 加入社会保険等の証明書類の取り扱い

	建設キャリアアップシステムでの加入社会保険等証明書類	【参考】建設業許可・更新時の保険加入状況の確認
現行	<ul style="list-style-type: none">●健康保険加入証明書類（写し）●年金保険加入証明書類（写し）●雇用保険加入証明書類（写し）●建設業退職金共済制度加入証明書類（写し）●中小企業退職金共済制度加入証明書類（写し）●労災保険特別加入証明書類（写し） <p>【申請の手引 第2版参照】</p>	<ul style="list-style-type: none">●「健康保険」および「厚生年金保険」の加入状況の確認では、申請時の直前の健康保険および厚生年金保険の保険料の納入を示す「領収証書」もしくは「納入証明書」の写し、またはこれらに準ずる資料を提出または提示する必要があります。●「雇用保険」の加入状況の確認では、申請時の直前の「労働保険概算・確定保険料申告書」の控えおよび申告した保険料の納入を示す「領収済通知書」の写し、またはこれらに準ずる資料を提出または提示する必要があります。
今後	現状、提出されている証明書類ならびに右記「建設業許可・更新時の保険加入状況の確認」に即して、新たにまとめた当冊子「加入社会保険等 証明書類見本一覧」を基準とします。	

当冊子「加入社会保険等 証明書類見本一覧」を参考に上記の証明書類のご提出をお願いいたします。

- 当冊子に記載されている証明書類見本の凡例（次ページ以降）

= 必須記載箇所

発行者印 = 受付印・受領印・証明印・領収印など

【ご注意】 各種「申込書」、「脱退届」、「解約届」など、加入の状況が判断できない書類は、証明書類として有効とはなりません。ただし、「申込書」のうち提出先の内容確認印があるものについては証明書類として有効となるものもあります（当冊子に掲載しているものが該当します）。

【参考】 当冊子のうち、事業者の申請に使用できる証明書類については **事業者** のマークが付いています。技能者の申請に使用できる証明書類については **技能者** のマークが付いています。申請時における注意やマスキングなどの対応については、各証明書類のページをご参照ください。

2.申請書の記入に関する留意事項

- 社会保険の証明書類の番号に、ハイフン「-」、ナカグロ「・」、スラッシュ「/」などの記号が表記されている場合でも、申請書に記入する際には記号を記入せず、詰めて記入してください。
- 保険組合の名称については、「健康保険組合」や「国保組合」以外に加入している場合は、申請書に記入しないようにしてください（例：「協会けんぽ」など）。
- 「労災保険特別加入」は、「労災保険」と間違えないようにしてください。証明書類についても、「特別加入」と記載されている書類を添付してください。

■加入している社会保険でよく間違われる記入内容

(例)

●国民健康保険組合（建設国保など）加入事業者の場合

国民健康保険組合（建設国保など）に加入されている事業者による健康保険項目の誤記入が多く見られます。間違えないようにご注意ください。

○正しい記入例

4 加入している社会保険等についてご記入ください※2	
加入状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 適用除外 → 適用除外理由コード 001
①健康保険	事業所整理記号 1 2 3 ※被用者保険の適用を受けない事業所は、「適用除外」にチェックを入れ、適用除外理由を記入してください。
	事業所番号 4 5 6 7 8 9
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合の場合 健康保険組合の名称
	<input checked="" type="checkbox"/> 国保組合の場合 国保組合の名称 ○○○国民健康保険組合

国民健康保険組合（建設国保など）に加入している場合は、「加入状況」は「有」を選択せず、「適用除外」を選択し、「適用除外理由コード」に「001」をご記入ください。

「事業所整理記号」と「事業所番号」は、証明書類をご確認のうえ、ご記入ください。

国民健康保険組合（建設国保など）に加入している場合は、「国保組合の名称」もご記入ください。

3.証明書類の添付に関する留意事項

証明書類に事業者情報以外の個人情報（従業員の情報など）が記載されている場合は、その箇所を必ず見えないようにマスキングして（消して）ご提出ください。

証明書類として認められるもの	証明書類として認められないもの																																										
<p>申請者本人のみ記載されており、公印が確認できる証明書類（写し）</p> <p>※事務組合などの公印の有無が必ず確認できる証明書類（写し）をご提出ください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 申請者本人以外の情報も記載されている証明書類（写し） ● 証明書類（写し）に公印が確認できない書類 																																										
<p>(例)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>事業書整理記号</th> <th>事業所番号</th> <th>健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11-アアア</td> <td>012345</td> <td></td> </tr> <tr> <th>被保険者整理番号</th> <th>被保険者氏名</th> <th>生年月日 種別 適用年月 決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>建設 太郎</td> <td>S55.01.01 第二種 H25.02 260千円 260千円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td colspan="2" style="background-color: #f0f0f0; text-align: center;">申請者本人以外の情報をマスキングして（消して）ください。</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	事業書整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書	11-アアア	012345		被保険者整理番号	被保険者氏名	生年月日 種別 適用年月 決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)	1	建設 太郎	S55.01.01 第二種 H25.02 260千円 260千円	2	申請者本人以外の情報をマスキングして（消して）ください。		3			4			<p>(例)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>事業書整理記号</th> <th>事業所番号</th> <th>健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11-アアア</td> <td>012345</td> <td></td> </tr> <tr> <th>被保険者整理番号</th> <th>被保険者氏名</th> <th>生年月日 種別 適用年月 決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>建設 太郎</td> <td>S55.01.01 第二種 H25.02 260千円 260千円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>基金 次郎</td> <td>S59.03.03 第二種 H25.07 100千円 100千円</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>振興 金子</td> <td>H05.08.08 第二種 H29.04 100千円 100千円</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>事業 三郎</td> <td>H01.11.11 第二種 H28.04 100千円 100千円</td> </tr> </tbody> </table>	事業書整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書	11-アアア	012345		被保険者整理番号	被保険者氏名	生年月日 種別 適用年月 決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)	1	建設 太郎	S55.01.01 第二種 H25.02 260千円 260千円	2	基金 次郎	S59.03.03 第二種 H25.07 100千円 100千円	3	振興 金子	H05.08.08 第二種 H29.04 100千円 100千円	4	事業 三郎	H01.11.11 第二種 H28.04 100千円 100千円
事業書整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書																																									
11-アアア	012345																																										
被保険者整理番号	被保険者氏名	生年月日 種別 適用年月 決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)																																									
1	建設 太郎	S55.01.01 第二種 H25.02 260千円 260千円																																									
2	申請者本人以外の情報をマスキングして（消して）ください。																																										
3																																											
4																																											
事業書整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書																																									
11-アアア	012345																																										
被保険者整理番号	被保険者氏名	生年月日 種別 適用年月 決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)																																									
1	建設 太郎	S55.01.01 第二種 H25.02 260千円 260千円																																									
2	基金 次郎	S59.03.03 第二種 H25.07 100千円 100千円																																									
3	振興 金子	H05.08.08 第二種 H29.04 100千円 100千円																																									
4	事業 三郎	H01.11.11 第二種 H28.04 100千円 100千円																																									

健康保険証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ	事業者	技能者
加入証明書	加入内容証明書	4ページ	○	○
	国民健康保険組合加入証明書 ※適用除外承認証を兼ねる	5ページ	○	○
	保険組合加入証明書		○	
領収済証等	納入告知書 納付書・領収証書	6ページ	○	
	保険料納入告知額・領収済額通知書	7ページ	○	
	保険料振替済通知書/保険料納額告知書		○	
	口座振替済領収証書		○	
	保険料納額告知書 & 領収書		○	
	領収済証		○	
納入証明書	社会保険料納入確認(申請)書	8ページ	○	
	社会保険料納入証明書		○	
	国民年金保険納付額証明書		○	
適用通知書	健康保険/厚生年金保険 適用事業所関係事項確認(申請)書	9ページ	○	
	健康保険/厚生年金保険 適用確認願	10ページ	○	
	適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届	11ページ	○	
	適用通知書		○	
	適用○○変更通知書		○	
決定通知書	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書	12ページ	○	
支払届	健康保険/厚生年金保険 被保険者賞与支払届	13ページ	○	
承認証	健康保険被保険者適用除外承認証 (国民健康保険被保険者) ※適用除外承認証を兼ねる	14ページ	○	○
	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) ※適用除外承認証を兼ねる	15ページ	○	○

発行元 (入手先) : ○○建設国民健康保険組合

加入内容証明書

下記の事業所の証明日における○○建設国民健康保険組合の加入内容は、下記のとおりであることを証明します。

記

<登録事業所内容>

事業所名称 : ①

事業所所在地 :

事業主名 :

保険証記号番号 : ②

資格所得年月日 :

平成 年 月 日

支部所在地 :

支部電話番号 :

○○建設国民健康保険組合

○○○支部

支部長



- ① 事業所名称
- ② 保険証記号番号
- ③ 発行者印

発行元 (入手先) : 国民健康保険組合

国民健康保険組合加入証明書

被保険者氏名	①
国民健康保険組合名	②
加入年月日	
事業所名	③

上記の者は健康保険被保険者適用除外承認を受けて、適正に〇〇建設国民健康保険組合に加入していることを証明します。

平成 00 年 00 月 00 日

〇〇建設国民健康保険組合

理事長 ○○ ○○ ④ 印

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

- ① 被保険者氏名
- ② 国民健康保険組合名
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印

【参考: 事業者の証明書類】

事業者の申請に使用する場合は、被保険者氏名を必ずマスキングして (消して) ください。

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

納入告知書 納付書・領収証書				国庫金	厚生保険
年度	年金特別会計	内閣府及び厚生労働省所管	取扱庁番号	取扱庁名	
平成 年 月 日					
納付目的の年月					
平成 年 月 日					
納付期限		健康勘定		厚生年金勘定	
平成 年 月 日	健康保険料		厚生年金保険料		子ども・子育て支援勘定
右記のとおり納付してください。		円		円	
平成 年 月 日					子ども・子育て拠出金
事業所整理記号 ①		事業所番号 ②		納付目的	
		うち証券受領		健康保険料	
		証券受領		厚生年金保険料	
		円		子ども・子育て拠出金	
		全部		平成 年度	
		一部		内閣府及び厚生労働省所管	
		円		年金特別会計	
		合計額			
		千 百 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円			
納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、歳入代理店 又は日本年金機構〇〇年金事務所		③ 殿		上記の合計額を領収しました。	
延滞金の 期限内に完納されなかったときは、延滞金の納付を要します。 計算方法 (健康保険法第181条、同法附則第9条、厚生年金保険法第87条、 同法附則第17条の14、子ども・子育て支援法第71条) 弁済の充当の順序は、元本に充て、次いで延滞金に充てる。				(領収日付印)	
歳入徴収官				④ 印	
		印		(納付者渡し)	
翌年度5月1日以降現年度歳入組入					

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

保険料納入告知額・領収済額通知書

あなたの本月分保険料額は下記のとおりです。

なお、納入告知書を指定の金融機関に送付しましたから、指定振替日(納付期限)前日までに口座残高の確認をお願いします。

下記の金額を指定の金融機関から口座振替により受領しました。

事業所整理記号	①	事業所番号	②
納付目的年月	平成 年 月	納付期限	平成 年 月 日
健康勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定	
健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金	
合 計	額	円	

平成 年 月 分	保険料	額	領収日	平成 年 月 日
健康勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定		
健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金		
合 計	額	円		

平成 年 月 日

歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課長
(日本年金機構
年金事務所)



(裏面へつづく)

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業者名称
- ④ 発行者印

発行元(入手先): 日本年金機構(年金事務所)

平成 年 月 日 申請

社会保険料納入確認(申請)書

1. 申請者

事業所整理記号 ①	事業所番号 ②
--------------	------------

事業所所在地 (船舶所有者住所)	〒
事業所名称 ③	
事業主氏名(船舶所有者氏名)	印
電話番号	()-()-()

2. 確認書の請求枚数

枚

3. 申請事由

4. 確認事由

項目	対象期間	未納の有無
健康保険料 ④		
厚生年金保険料 子ども・子育て拠出金 (延滞金を含む)	平成 年 月分から平成 年 月分まで	有・無

管掌区分	1. 全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 2. 組合管掌健康保険
------	---------------------------------

上記のとおり相違ないことを確認します。

平成 年 月 日

日本年金機構
年金事務所長



委任欄

私、上記申請者は社会保険料納入確認書の交付申請及び受領について、
下記の者に委任します。

受任者氏名
受任者住所
委任者との関係

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 健康保険
- ⑤ 発行者印

発行元 (入手先): 日本年金機構 (年金事務所)

平成 年 月 日 申請

健康保険
厚生年金保険 適用事業所関係事項確認 (申請) 書

申 請 者 記 入 欄	1. 申請者	
	事業所整理記号 ①	事業所番号 ②
	事業所名称 ③	
	事業所所在地	
	事業主氏名 電話 番号	印
2. 申請事由		
3. 確認申請事項 (該当事項を○で囲んでください。)		
ア・新規適用年月日 イ・被保険者数 ウ・その他 ()		

社会保険労務士記載欄

印

年 金 事 務 所 確 認 欄	平成 年 月 日
	上記適用事業所の確認申請事項について、下記のとおり相違ないことを確認しました。
	年金事務所長 ④ 印
	ア・新規適用年月日 : 昭和 年 月 日 平成
	イ・被保険者数 : 人
	ウ・その他 :

※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は要しません。
※ 組合管掌事業所の場合は、表題の健康保険を抹消のうえ申請してください。

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

健康保険
厚生年金保険 適用確認願

当事業所は、適用事業所であり、保険料納付状況について
適正であることの確認をお願いします。

平成 年 月 日

健康保険被保険者証の記号
同 事業所番号

		①			

住 所

事業所 名 称 ②

氏 名

印

○ ○

○ ○

年金事務所長 殿

○ ○

被 保 険 者 数	人	(平成 年 月 日)
健康保険料納入状況	適・不適・非加入	
厚生年金保険料納入状況	適・不適・非加入	

上記のとおり、相違ないことを確認しました。

平成 年 月 日

○ ○

○ ○

年金事務所長

○ ○



- ① 健康保険被保険者証の記号、同事業所番号
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印

発行元(入手先): 日本年金機構(年金事務所)

様式コード 健康保険 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届 厚生年金保険	
平成 年 月 日提出 2 1 0 5	事業所整理記号 事業所番号
提出者記入欄	事業所所在地 〒 -
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()
※該当する数字をすべて○で囲んでください。	
変更区分	1. 事業所名称の変更 2. 事業所所在地の変更
変更前	① 事業所名称
	② 事業所所在地 〒 - 都道府県
変更後	③ 変更年月日 7 平成 年 月 日
	④ 事業所名称 (フリガナ) (フリガナ)
	⑤ 事業所所在地 (フリガナ) 〒 - 都道府県
	⑥ 電話番号
	⑦ 変更理由
	⑧ 口座振替の継続 ※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。 2. 継続しない

① 事業所整理記号、事業所番号

② 事業所名称

③ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

事業所整理記号		事業所番号		健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書			
被保険者 整理番号	被保険者氏名	生年月日	種別	適用年月日	決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)		
1	被保険者氏名などの情報を 必ずマスキングして (消して) ください。						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
郵便番号	000-0000						
事業所住所	〇〇市〇〇町1-2-3						
事業所名称	〇〇商会 ③	平成 年 月 日					
事業主氏名	〇〇〇〇	上記のとおり標準報酬月額が決定されたので通知します。					
					日本年金機構理事長		
					印 ④		


- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印 (ただし、電子版の場合は押印なし)

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

様式コード
2 | 2 | 6 | 5

健康保険
厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者賞与支払届
70歳以上被用者賞与支払届



平成 年 月 日提出

事業所整理記号 ①

事業所所在地

事業所名称 ②

事業主氏名

電話番号

受付印

③
印

社会保険労務士記載欄

氏名等

項目名	① 被保険者整理番号	② 被保険者氏名	③ 生年月日	⑦ 個人番号 [基礎年金番号] ※70歳以上被用者の場合のみ
	④ 賞与支払年月日	⑤ 賞与支払額	⑥ 賞与額(千円未満は切捨て)	⑧ 備考
共通	④ 賞与支払年月日(共通) 7.平成 年 月 日		←1枚ずつ必ず記入してください。	

1	①		⑦
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

被保険者氏名などの情報を
必ずマスキングして (消して) ください。

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

000-0000
 ○○県○○市○○○○○○○
 株式会社 ○○○○ ①
 ○○ ○○○ 様

健康保険被保険者適用除外承認証 (国民健康保険被保険者)

事業所整理番号 04-00

事業所番号 0000

被保険者 整理番号	申請者の氏名	※1 生年月日	※2 種別 (性別)	取得区分	※1 適用除外年月日	申請者の 確認印				
	郵便番号		申請者の住所							
	被保険者氏名などの情報を 必ずマスキングして (消して) ください。					印				
										印
										印

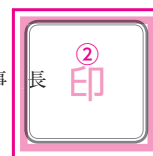
※1 元号 S:昭和 H:平成

※2 種別 (性別) 1 (男):男性 2 (女):女性 3 (坑):坑内員 5 (基男):男性 (基金加入)
 6 (基女):女性 (基金加入) 7 (基坑):坑内員 (基金加入)

提出された申請書にもとづき、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を承認する。

平成 00 年 00 月 00 日

日本年金機構 理事長 印
 (○○年金事務所)




① 事業所名称

② 発行者印

【参考:技能者の証明書類】

技能者の申請に使用する場合は、申請する技能者分のみ表示してください。他の被保険者の氏名などの情報を必ずマスキングして (消して) ください。

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

様式コード 9 2 9 9		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)			
平成 年 月 日 提出		事業所整理記号		事業所番号	
提出者記入欄	事業所所在地	①			
	事業所名称	①			
	事業主氏名	②			
	電話番号	()			
		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。		受付印	
		平成 年 月 日		国民健康保険組合理事長 ②	
		社会保険労務士記載欄		氏名等 ②	
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	被保険者氏名などの情報を 必ずマスキングして (消して) ください。				
申請者 2					
申請者 3					
申請者 4					

- ① 事業所名称
- ② 発行者印

【参考: 技能者の証明書類】

技能者の申請に使用する場合は、申請する技能者の氏名、生年月日のみ表示し、被保険者整理番号、および他の被保険者の氏名などの情報を必ずマスキングして (消して) ください。

年金保険証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ	事業者	技能者
加入証明書	厚生年金等加入証明書	17ページ		○
	国民健康保険組合 組合員資格証明書		○	○
領収済証等	納入告知書 納付書・領収証書	18ページ	○	
	保険料納入告知額・領収済額通知書	19ページ	○	
納入証明書	社会保険料納入確認(申請)書	20ページ	○	
	社会保険料納入証明書		○	
適用通知書	健康保険/厚生年金保険 適用事業所関係事項確認(申請)書	21ページ	○	
	健康保険/厚生年金保険 適用確認願	22ページ	○	
	適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届	23ページ	○	
	適用○○変更通知書		○	
決定通知書	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書	24ページ	○	○
支払届	健康保険/厚生年金保険 被保険者賞与支払届	25ページ	○	○

発行元 (入手先)：事業主

厚生年金等加入証明書

受給・申請者	氏名	
	住所	
加入年金種別	ア 厚生年金 ※該当している年金に○印を付けてください。 イ 共済年金	
年金加入年月日	※現在勤務している事業所において年金制度の被保険者となった日	昭和・平成 年 月 日

上記の者は、厚生年金等の被用者年金制度における被保険者または組合員であることを証明いたします。

平成 年 月 日

事業所名 ①

事業所 記号番号 ②

事業所所在地 _____

事業主名または年金取扱担当者 印 ③

※「国民年金」に加入しているときは、本書の提出は必要ありません。

- ① 事業所名称
- ② 事業所 記号番号
- ③ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

納入告知書 納付書・領収証書				国庫金	厚生保険
年度	年金特別会計	内閣府及び厚生労働省所管	取扱行番号	取扱行名	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	厚生労働省年金局 (<input type="text"/>)	
納付目的年月			pay-easy		
平成	年	月			
納付期限			納付目的		
平成	年	月	日	健康勘定	厚生年金勘定
右記のとおり納付してください。			健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て支援勘定
平成	年	月	日	円	円
事業所整理記号		事業所番号		合計額	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		千 百 十 億 千 百 十 万 千 百 十 円	
うち証券受領			証券受領		
<input type="text"/>			全部 一部		
取納機関番号	納付番号	確認番号			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
納付場所 日本銀行本店、支店、代理店、歳入代理店又は日本年金機構年金事務所					
延滞金の計算方法 期限内に完納されなかったときは、延滞金の納付と領収書の提出を要します。 (健康保険法第181条、同法附則第9条、厚生年金保険法第17条、同法附則第17条の14、子ども・子育て支援法第17条)					
歳入徴収官 厚生労働省年金局事業管理課					
上記の合計額を領収しました。			(領収日付印)		
			<input type="text"/> 殿 <input type="text"/> 印 (納付者渡し)		
この納入告知書(納付書)はPay-easy(ペイジー)対応のATM、インターネットバンキング等を利用して納付することができます。					
翌年度5月1日以降現年度歳入組入					

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

保険料納入告知額・領収済額通知書

あなたの本月分保険料額は下記のとおりです。

なお、納入告知書を指定の金融機関に送付しましたから、指定振替日 (納付期限) 前日までに口座残高の確認をお願いします。

下記の金額を指定の金融機関から口座振替により受領しました。

事業所整理記号	①	事業所番号	②
納付目的年月	平成 年 月	納付期限	平成 年 月 日
健康勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定	
健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金	
合 計	額		円

平成 年 月 分	保険料	額	領収日	平成 年 月 日
健康勘定	厚生年金勘定	子ども・子育て支援勘定		
健康保険料	厚生年金保険料	子ども・子育て拠出金		
合 計	額			円

平成 年 月 日

歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課長
(日本年金機構
年金事務所)



様

(裏面へつづく)

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印

発行元(入手先): 日本年金機構(年金事務所)

平成 年 月 日 申請

社会保険料納入確認(申請)書

1. 申請者

事業所整理記号 ①	事業所番号 ②
--------------	------------

事業所所在地 (船舶所有者住所)	〒
事業所名称 ③	
事業主氏名(船舶所有者氏名)	印
電話番号	()-()-()

2. 確認書の請求枚数

枚

3. 申請事由

4. 確認事由

項目	対象期間	未納の有無
健康保険料		
厚生年金保険料④ 子ども・子育て拠出金 (延滞金を含む)	平成 年 月分から平成 年 月分まで	有・無

管掌区分	1. 全国健康保険協会管掌健康保険 ・ 2. 組合管掌健康保険
------	---------------------------------

上記のとおり相違ないことを確認します。

平成 年 月 日

日本年金機構
年金事務所長



委任欄

私、上記申請者は社会保険料納入確認書の交付申請及び受領について、
下記の者に委任します。

受任者氏名
受任者住所
委任者との関係

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 厚生年金保険
- ⑤ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

平成 年 月 日 申請

健康保険
厚生年金保険 適用事業所関係事項確認 (申請) 書

申請者記入欄	1. 申請者	
	事業所整理記号 ①	事業所番号 ②
	事業所名称 ③	
	事業所所在地	
	事業主氏名 印	
	2. 申請事由	
	3. 確認申請事項 (該当事項を○で囲んでください。)	
	ア・新規適用年月日 イ・被保険者数 ウ・その他 ()	

社会保険労務士記載欄
印

年金事務所確認欄	平成 年 月 日
	上記適用事業所の確認申請事項について、下記のとおり相違ないことを確認しました。
	年金事務所長 印 ④
	ア・新規適用年月日 : 昭和 年 月 日 平成 イ・被保険者数 : 人 ウ・その他 :

※ 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は要しません。
 ※ 組合管掌事業所の場合は、表題の健康保険を抹消のうえ申請してください。

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

健康保険
厚生年金保険 適用確認願

当事業所は、適用事業所であり、保険料納付状況について
適正であることの確認をお願いします。

平成 年 月 日

年金保険被保険者証の記号
同 事業所番号

		①			

住 所

事業所 名 称 ②

氏 名

印

○ ○

○ ○

年金事務所長 殿

○ ○

被 保 険 者 数	人	(平成 年 月 日)
健康保険料納入状況	適・不適・非加入	
厚生年金保険料納入状況	適・不適・非加入	

上記のとおり、相違ないことを確認しました。

平成 年 月 日

○ ○

○ ○

年金事務所長

○ ○



- ① 年金保険被保険者証の記号、同事業所番号
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印

発行元(入手先): 日本年金機構(年金事務所)

様式コード 健康保険 適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届 厚生年金保険	
平成 年 月 日提出 2 1 0 5	事業所整理記号 事業所番号
提出者記入欄	事業所所在地 〒 -
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号 ()
※該当する数字をすべて○で囲んでください。	
変更区分	1. 事業所名称の変更 2. 事業所所在地の変更
変更前	① 事業所名称
	② 事業所所在地 〒 - 都道府県
変更後	③ 変更年月日 7 平成 年 月 日
	④ 事業所名称 (フリガナ) (フリガナ)
	⑤ 事業所所在地 (フリガナ) 〒 - 都道府県
	⑥ 電話番号
	⑦ 変更理由
	⑧ 口座振替の継続 ※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。 2. 継続しない
	⑨ 振替口座の変更 ※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。 1. 変更なし 2. 変更あり ※口座番号、口座名義等に変更がある場合、再度『保険料預金口座振替納付(変更)申出書』を提出してください。
	受付印 ③ 印
社会保険労務士記載欄 氏名等	

① 事業所整理記号、事業所番号

② 事業所名称

③ 発行者印

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

事業所整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書				
被保険者整理番号	被保険者氏名	生年月日	種別	適用年月日	決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)	
1	被保険者氏名などの情報を必ずマスキングして (消して) ください。					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
郵便番号	000-0000					
事業所住所	〇〇市〇〇町1-2-3					
事業所名称	〇〇商会 ③					
事業主氏名	〇〇〇〇					
		平成 年 月 日				
		上記のとおり標準報酬月額が決定されたので通知します。				
		日本年金機構理事長				

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所番号
- ③ 事業所名称
- ④ 発行者印 (ただし、電子版の場合は押印なし)

【参考: 技能者の証明書類】

技能者の申請に使用する場合は、申請する技能者の標準月額や他の被保険者の氏名などの情報を必ずマスキングして (消して) ください。

事業所整理記号	事業所番号	健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書				
被保険者整理番号	被保険者氏名	生年月日	種別	適用年月日	決定後の標準報酬月額 (健保) (厚年)	
1	①					
(注)	申請する技能者分のみ表示してください。 申請する技能者の標準月額や他の被保険者の氏名などの情報を必ずマスキングして (消して) ください。					
郵便番号	000-0000					
事業所住所	〇〇市〇〇町1-2-3					
事業所名称	〇〇商会 ②					
事業主氏名	〇〇〇〇					
		平成 年 月 日				
		上記のとおり標準報酬月額が決定されたので通知します。				
		日本年金機構理事長				


- ① 被保険者氏名
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印 (ただし、電子版の場合は押印なし)

発行元 (入手先) : 日本年金機構 (年金事務所)

様式コード
2265

健康保険
厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者賞与支払届
70歳以上被用者賞与支払届



平成 年 月 日提出

提出者記入欄

事業所整理記号 ①

事業所所在地

事業所名称 ②

事業主氏名

電話番号

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒

社会保険労務士記載欄

氏名等

受付印

③ 印

項目名	① 被保険者整理番号	② 被保険者氏名	③ 生年月日	⑦ 個人番号 [基礎年金番号] ※70歳以上被用者の場合のみ
	④ 賞与支払年月日	⑤ 賞与支払額	⑥ 賞与額(千円未満は切捨て)	⑧ 備考
共通	④ 賞与支払年月日(共通) 7.平成 年 月 日		←1枚ずつ必ず記入してください。	

1	2	3	7	8
1	<p style="color: red; font-weight: bold;">被保険者氏名などの情報を 必ずマスキングして (消して) ください。</p>			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

- ① 事業所整理記号
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印

【参考: 技能者の証明書類】

技能者の申請に使用する場合は、申請する技能者の氏名、生年月日のみ表示し、被保険者整理番号、賞与支払年月日、賞与支払額、賞与額、個人番号 [基礎年金番号] および他の被保険者の氏名などの情報を必ずマスキングして (消して) ください。

雇用保険証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ	事業者	技能者
加入証明書	雇用保険証明書	27ページ	○	○
	労働関係成立証明書		○	
	労働保険成立証明書		○	
	証明書 事務組合		○	
適用事業所設置届	雇用保険 適用事業所設置届 事業主事業所各種変更届 事業主控	28ページ	○	
納付書・領収証書	納付書・領収証書	29ページ	○	
	労働保険料等の口座振替のお知らせ		○	
	労働保険料等の口座振替のお知らせ&労働保険料等領収書		○	
申告書	労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書	30ページ	○	
納入通知書	労働保険料等納入通知書	31ページ	○	
	労働保険事務等委託書	32ページ	○	
	年度労働保険料等納付済通知書		○	
	労働(労災)保険料納付済証明書		○	
	労働保険料等納入証明書		○	
その他	労働保険一括有期事業総括表算定基礎賃金等の報告		○	
	事業所台帳全記録照会(ヘッダー)		○	
	名称、所在地等変更届		○	
	事業所台帳		○	
	雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(被保険者通知用)			

発行元（入手先）：労働保険事務組合

平成 年 月 日

株式会社
代表取締役 様

平成 年 月 現在、当事務組合にて雇用保険に加入済みであることを証明いたします。

雇用保険番号	①
名 称	②
適用年月日	
事務組合加入年月日	



- ① 雇用保険番号(労働保険番号)
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印

発行元 (入手先) : 労働基準監督署または都道府県労働局 (ハローワーク)

雇用保険	適用事業所設置届 事業主事業所各種変更届	事業主控	001
① 事業所番号	② 管轄区分	③ 変更年月日	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	平成 <input type="text"/>	
④ 事業所の名称 (1)		④ 事業所の名称 (2)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(3)	⑤ 郵便番号		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
④ 事業所の所在地 (1)	区・市・郡	(2)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(3)	(4)	(5) 事業所の電話番号	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
⑦ 設置年月日	⑧ 設置区分	⑨ 事業所区分	⑩ 産業分類
平成 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> (1 当然) <input type="checkbox"/> (2 任意)	<input type="checkbox"/> (1 個別) <input type="checkbox"/> (2 委託)	<input type="checkbox"/>
			⑪ 保険率種別
			<input type="checkbox"/>
⑫ 労働保険番号 ③			
<input type="text"/>			
⑬ 備 考	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> ④ 印 </div>		

(903)13.3 S K

- ① 届出の種類
- ② 事業所名称
- ③ 雇用保険番号 (労働保険番号)
- ④ 発行者印

発行元 (入手先)：労働基準監督署または都道府県労働局 (ハローワーク)

納付書・領収証書				労働保険	国庫金													
※取扱庁名 ○○労働局		※取扱庁番号 □□□□		標準選定	保険料収入及び 一般拠出金収入	労働保険 特別会計		厚生労働省 所 管		※平成	□□	年度						
労働 保険 番号	都道府県	管轄	管 轄	基 礎 番 号			枝 番 号		※CD	※証券受領								
					①													
納付の目的 1.平成 □□年度概算□□期 (○○○○) 2.平成 □□年度確定 殿	(住所) (氏名) ②						内 訳	労働 保険料	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
							一般 ○出金	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円	
							給付額 (合計額)	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円	
納付の場所 ※○○○○○○○○○○○○○○○○○○	あて先 〒 000-0000 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○労働局 (○○○○)								上記合計額を領収しました。 領収日付印 <div style="border: 2px solid #e91e63; padding: 10px; display: inline-block; text-align: center;">③ 印</div>									

- ① 雇用保険番号 (労働保険番号)
- ② 事業所名称
- ③ 発行者印

発行元(入手先)：労働基準監督署または都道府県労働局(ハローワーク)

様式第6号(第24条、第25条、第33条関係)(甲)

労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書

石綿健康被害救済法 一般拠出金

下記のとおり申告します。

標準字体 **0123456789**

第3桁「記入にあたっての注意事項」をよ読んでから記入して下さい。OCR時への記入は上記の「標準字体」でお願います。

提出用

種別 管轄 基幹番号 枝番号
※修正項目番号 ※入力確定コード

平成 年 月 日

① 労働保険番号

② 増加年月日(元号:平成は7)

③ 事業終了等年月日(元号:平成は7)

④ 常時雇用労働者数

⑤ 雇用保険被保険者数

⑥ 免除対象高齢労働者数

※事業停止等理由

※保険関係変更理由コード

※各種区分

⑦ 確定保険料算定内訳

⑧ 概算増加概算保険料算定内訳



(注2) 石綿による健康被害の救済に関する法律第35条第1項に基づき、労働保険適用事業主から徴収する一般拠出金は延納できません。

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合は折り曲げマーク(→)の所で折り曲げて下さい。)

区分	算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
	⑧ 保険料・提出金算定基礎額	⑨ 保険料・提出金率	⑩ 確定保険料・一般拠出金額(⑧×⑨)
労働保険料	<input type="checkbox"/>	1000分の(イ)	<input type="checkbox"/>
労働保険分	<input type="checkbox"/>	1000分の(ロ)	<input type="checkbox"/>
雇用保険法適用者分	<input type="checkbox"/>	(ハ)	<input type="checkbox"/>
高年齢労働者分	<input type="checkbox"/>	(ニ)	<input type="checkbox"/>
保険料算定対象者分	<input type="checkbox"/>	(ホ)	<input type="checkbox"/>
一般拠出金(注2)	<input type="checkbox"/>	(ヘ)	<input type="checkbox"/>

区分	算定期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
	⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 保険料率	⑭ 概算・増加概算保険料額(⑫×⑬)
労働保険料	<input type="checkbox"/>	1000分の(イ)	<input type="checkbox"/>
労働保険分	<input type="checkbox"/>	1000分の(ロ)	<input type="checkbox"/>
雇用保険法適用者分	<input type="checkbox"/>	(ハ)	<input type="checkbox"/>
高年齢労働者分	<input type="checkbox"/>	(ニ)	<input type="checkbox"/>
保険料算定対象者分	<input type="checkbox"/>	(ホ)	<input type="checkbox"/>

⑮ 事業者の郵便番号(変更のある場合記入)

⑯ 事業者の電話番号(変更のある場合記入)

⑰ 延納の申請 納付回数

⑱ 申告済概算保険料額	円	⑲ 申告済概算保険料額	円
⑳ 差引額	(イ) 充当額(⑱-㉑の(イ)) 円 (ロ) 還付額(⑱-㉑の(ロ)) 円 (ハ) 不足額(⑱の(イ)-㉑) 円	㉑ 増加概算保険料額(㉑の(イ)-㉒) 円	
㉒ 第1期 全期又は以降の未済額	円	㉒ 第2期 概算保険料額(㉑の(イ)-㉒) 円	㉒ 第3期 概算保険料額(㉑の(ロ)-㉒) 円
㉓ 加入している労働保険	(イ) 労働保険 (ロ) 雇用保険	㉓ 特掲事業	(イ) 該当する (ロ) 該当しない
㉔ 所在地	㉔ 事業主		(イ) 住所(法人番号を記載) (ロ) 名称 (ハ) 氏名(法人番号を記載)
㉔ 名称	㉔ 郵便番号		㉔ 電話番号

きりとり線(1枚目はきりはささないで下さい。)

- ① 雇用保険番号(労働保険番号)
- ② 発行者印(左上に押される場合もあります)
- ③ 事業所名称

発行元 (入手先) : 労働保険事務組合

労働保険料等納入通知書

組機様式第7号

①

労働保険料等納入通知書

労働保険番号				4/125
府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
			②	
				(5-083)

銀行名	
支店名	
口座番号	

金	円
---	---

上記金額を 年 月 日までに当事務組合に納入してください。

なお、さきの口座振替契約により納入される場合は、ご指定の口座から

第1期分(上記金額)は 月 日・第2期分は 月 日・

第3期分は 月 日に引き落としさせていただきますのでご承知ください。

平成 年 月 日



TEL

平成○年度 期別納付額

項目 期別	確定保険料		概算保険料 (円)	保険料計 (円)	予備欄1 (円)	(円)	(円)	納付額 合計 (円)
	不足額(円)	充当額(円)						
第1期								
第2期								
第3期								
合計								

算出方法

平成△年度 確定 保 険 料		
賃金総額(千円)	料率	確定保険料(円)
労災		
特別加入		
雇用(前)		
雇用(後)		
合計		
申告済概算保険料		
差引額		

平成○年度 概算 保 険 料		
賃金総額(千円)	料率	概算保険料(円)
労災		
特別加入		
雇用		
合計		

還付額	
-----	--

- ① 事業所名称
- ② 雇用保険番号 (労働保険番号)
- ③ 発行者印

発行元（入手先）：労働保険事務組合

組様式第1号

労働保険事務等委託書

法人番号

事業場名	①	常時使用労働者数	人
事業場の所在地		雇用保険被保険者数	人
委託事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 概算保険料、確定保険料その他労働保険料及び一般拠出金並びにこれに係る徴収金の申告・納付に関する事務 ● 雇用保険の被保険者資格の取得及び喪失の届出、被保険者の転入及び転出の届出その他雇用保険の被保険者に関する届出等に関する事務（個人番号関係事務を含む。） ● 保険関係成立届、労災保険又は雇用保険の任意加入申請書、雇用保険の事業所設置届等の提出に関する事務 ● 労災保険の特別加入の申請等に関する事務 ● その他労働保険についての申請、届出、報告等に関する事務 		
委託事務処理開始年月日	(予定) 平成 年 月 日 より		
<p>上記のとおり貴組合に労働保険事務等の処理を委託します。 ただし、「労働保険料等算定基礎賃金等の報告」（組様式第4号）は、貴組合が指定する期日までに当方において作成し、提出します。</p> <p style="text-align: right;">(郵便番号 -) 電話 () - () 番</p> <p>平成 年 月 日 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">事業主の _____ 記名押印又は署名 殿 氏名 印</p>			

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	上記の委託を承諾します。 (承諾できません。)
労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	
労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	
平成 年 月 日						不承諾の理由
労働保険事務組合 殿						名称 _____ (郵便番号 -) 電話 () - () 番 ③ の所在地 _____ 記名押印又は署名 代表者氏名 _____ (印)

- ① 事業場名称
- ② 雇用保険番号 (労働保険番号)
- ③ 発行者印

退職金制度証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ	事業者	技能者
加入証明書 (建設業退職金共済制度)	建設業退職金共済事業加入・履行証明願	34ページ	○	
	建設業退職金共済契約者証	35ページ	○	
	建設業退職金共済手帳			○
加入証明書 (中小企業退職金共済制度)	中小企業退職金共済制度加入証明書	36ページ	○	
	中小企業退職金共済手帳	37ページ	○	○

発行元 (入手先) : 独立行政法人勤労者退職金共済機構 建設業退職金共済事業本部

建設業退職金共済事業加入・履行証明願	
共済事業加入及び共済契約の履行状況を下記により証明願います。	
平成 年 月 日	
独立行政法人 勤 労 者 退 職 金 共 済 機 構 建設業退職金共済事業本部長 殿	
住 所	
申請者 名称 ②	印
(共済契約者) 代表者	
電話番号	
①共済契約成立年月日 昭和 年 月 日 平成	⑧事務受託者番号
②共済契約者番号 100 - ①	⑨決算日及び決算期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日
③直前決算日における被共済者数 人	⑩工 事 施 工 高 (土 木) (建築・その他) 公共工事 千円 千円 民間工事 千円 千円 合計 千円
④直前決算日における直近1か年間の手帳更新数 冊	
⑤直前決算日における直近1か年間の証紙購入額 円	
⑥直前決算日における直近1か年間の元請から現物で交付を受けた証紙の金額 円	⑪その他
⑦直前決算日における直近1か年間の下請へ現物で交付した証紙の金額 円	
建設業退職金共済事業加入・履行証明書	
上記のとおり相違ないことを証明します。	
証 第 号	
平成 年 月 日	
独立行政法人 勤 労 者 退 職 金 共 済 機 構 建設業退職金共済事業本部	
本部長 ○ ○ ○ ③ 印	

- ① 共済契約者番号
- ② 事業所名称 (申請者名称)
- ③ 発行者印

発行元 (入手先)：独立行政法人勤労者退職金共済機構 建設業退職金共済事業本部

建設業退職金共済契約者証

契約成立 共済契約者番 号 ①

共済契約者の住所 名称 ② 殿

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
独立行政法人 勤 労 者 退 職 金 共 済 機 構
建 設 業 退 職 金 共 済 事 業 本 部 ③ 印

- ① 共済契約者番号
- ② 事業者名称 (共済契約者の名称)
- ③ 発行者印

発行元 (入手先)：独立行政法人勤労者退職金共済機構 中小企業退職金共済事業本部

加 入 証 明 書

共済契約者名

①

現 住 所

共済契約者番号

②

契約成立年月日 平成 年 月 日

上記の者は中小企業退職金共済法に基づく退職金共済契約者であることを証明します。

平成 年 月 日

発 行 者

○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○
○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○



- ① 共済契約者名 (事業者名称)
- ② 共済契約者番号
- ③ 発行者印

【参考: 技能者の証明書類】
技能者の申請に使用する場合は、37ページの「手帳」を証明書類として使用してください。

発行元 (入手先) : 独立行政法人勤労者退職金共済機構
中小企業退職金共済事業本部

退職金共済手帳				
共済契約者番号 ①		符号・手帳種別 掛金月額変更 作成年月日		
共済契約者の氏名または名称 ② 様				
被共済者番号	被共済者氏名 様		当月振替	
契約成立年月日 年 月 日	掛金月額 円	現在の掛金月額 になった年月 年 月	口座振替開始年月 年 月	
助成 区分	助成額 (円)	助成期間 (年)(月分)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	③ 印
増額			<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
			郵便番号 000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 電話 00-0000-0000	
諸手続き等についてのご相談は 退職金相談コーナーへ 電話				


- ① 共済契約者番号
- ② 共済契約者の氏名または名称 (事業者名称)
- ③ 発行者印

労災保険特別加入証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ	事業者	技能者
加入証明書	労災保険 特別加入証	39ページ	○	
	労災保険加入証明書(特別加入)(一人親方)	40ページ	○	
	労働者災害補償保険 特別加入証明書	41ページ	○	
	労働者災害補償保険 特別加入証明書(一人親方)	42ページ	○	
	労働者災害補償保険特別加入証明書(第一種)		○	
申請書	労働者災害補償保険 特別加入申請書	43ページ	○	
その他	労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届	44ページ	○	

発行元 (入手先) : 特別加入団体

加 入 証 NO _____	
事業所名称	<input type="text" value="①"/>
特別加入者名	<input type="text" value="②"/>
労働保険番号	<input type="text" value="③"/>
給付基礎日額	_____
有効期限	_____
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○	
TEL 00-0000-0000 ・ FAX 00-0000-0000	



- ① 事業所名称
- ② 特別加入者名または事業主名
- ③ 労働保険番号
- ④ 発行者印

発行元 (入手先) : 特別加入団体

労災保険加入証明書			
労働保 険番号	①	整理 番号	②
氏名	③	基礎 日額	
住所			
<p>上記の者は、労働者災害保証保険法第 35 条に定める「一人親方等の特別加入」の承認がなされた当団体の組合員であることを証明する。</p>			
有効期間		発行者 〒 000-0000	④
自 平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成労務管理協会 建築業一人親方組合	
至 平成 年 月 日	平成 年 月 日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

- ① 労働保険番号
- ② 整理番号
- ③ 氏名 (事業主名)
- ④ 発行者印

発行元 (入手先)：特別加入団体

労働者災害補償保険 特別加入証明書

事業所名 ①

事業所所在地

労働保険番号 ②

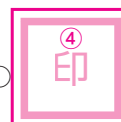
労災保険者 ③
特別加入者

上記の者について、労働者災害補償保険特別加入に加入していることを証明いたします。

平成 年 月 日

〇〇〇〇〇〇〇〇

組合長 〇〇 〇〇



〇〇〇〇〇〇〇〇

電話 0000-00-0000

- ① 事業所名称
- ② 労働保険番号
- ③ 労災保険者特別加入者 (事業主名称)
- ④ 発行者印

発行元 (入手先) : 特別加入団体

労働者災害補償保険特別加入の証明

労働保険番号	①
住所 電話番号	
氏名	②
生年月日	
職種	
給付基礎日額	
加入有効期間	

上記の者が、当労働保険事務組合において、上記の給付基礎日額により
上記の期間、労働者災害補償保険の一人親方として特別加入していることを
証明する。

平成 年 月 日

証明者

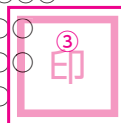
○○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○○○○

○○ ○○ ○○

TEL 00-0000-0000



- ① 労働保険番号
- ② 氏名 (事業主名称)
- ③ 発行者印

発行元（入手先）：労働保険事務組合

■ 様式第34号の7（表面）

労働者災害補償保険 特別加入申請書（中小事業主等）

帳票種別 <input type="text"/>	◎裏面の注意事項を読んてから記載してください。 ※印の欄は記載しないでください。（職員が記載します。）		
① 申請に係る事業の労働保険番号 「府県」 「所管」 「管轄」 「基幹番号」 「枝番号」 <input type="text"/>	※受付年月日 7平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1～9月は左へ 1～9月は右へ		
② 事業主の氏名（法人その他の団体であるときはその名称）			
③ 申請に係る事業 名称（フリガナ） 名称（漢字） 事業場の所在地	③		
④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 _____ 名 *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。			
特別加入予定者	業務の内容	除染作業	特定業務・給付基礎日額
フリガナ氏名 生年月日	事業主との関係（地位又は続柄） 1 本人 3 役員 5 家族従事者 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ～ 時 分	1 有 3 無	従事する特定業務 1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし 業務歴 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 希望する給付基礎日額 円
折り曲げる場合には、この所で折り曲げてください。			
⑤ 労働保険事務の処理を委託した年月日 年 月 日			
⑥ 労働保険事務組合の証明 上記⑤の日より労働保険事務の処理の委託を受けていることを証明します。 名称 _____ 電話（ ） - _____ 〒 - _____ 労働保険事務組合 主たる事務所の所在地 _____ 代表者の氏名 _____ 印			
⑦ 特別加入を希望する日（申請日の翌日から起算して30日以内） 年 月 日			
上記のとおり特別加入の申請をします。 _____ 電話（ ） - _____ _____ 住所 _____ _____ 氏名 _____ 印 労働局長 殿 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)			

- ① 労働保険番号
- ② 発行者印
- ③ 名称（事業所名称）

発行元 (入手先) : 労働保険事務組合

様式第34号の8 (表面)

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 (中小事業主等及び一人親方等)
特別加入脱退申請書

帳票種別

特別加入の承認に係る事業

労働保険番号

事業の名称 (3)

事業場の所在地

※裏面の注意事項を読んでから記載してください。
※印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)

元号 年 月 日

※受付年月日 平成 年 月 日

今回の変更届に係る者 合計： 人
内訳 (変更： 人、脱退： 人、加入： 人) *この用紙に記載しきれない場合は、別紙に記載すること。

変更年月日	変更を生じた者のフリガナ氏名	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	業務又は作業の内容	
			変更前	変更後
年 月 日	氏名			
生年月日	氏名			
※整理番号				

特別加入者に関する事項の変更 (特別加入者の中から一部に変更がある場合)

変更年月日	変更を生じた者のフリガナ氏名	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	業務又は作業の内容	変更前	変更後
年 月 日	氏名				
生年月日	氏名				
※整理番号					

特別加入者でなくなった者

異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
年 月 日	氏名	年 月 日	
異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
年 月 日	氏名	年 月 日	

特別加入者でなくなった者

特別加入予定者	業務又は作業の内容	特定業務・給付基礎日額
異動年月日	業務又は作業の具体的内容	業務歴
フリガナ氏名		1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし
生年月日	労働者の始業及び閉業の時刻(中小事業主等のみ)	最初に従事した年月 年 月
年 月 日	時 分 ~ 時 分	従事した期間の合計 年間 ヶ月
異動年月日	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	希望する給付基礎日額 円
フリガナ氏名		
生年月日		
年 月 日		

変更決定を希望する日 (変更届提出の日から起算して30日以内) 年 月 日

脱退の場合

以下の*欄は、承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする場合に限って記載すること。

*申請の理由 (脱退の理由)

*脱退を希望する日 (申請日から起算して30日以内) 年 月 日

上記のとおり変更を生じたので届けます。
特別加入脱退を申請します。

年 月 日

労働局長 印 (2)

住所

事業主の氏名 印

(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

- ① 労働保険番号
- ② 発行者印
- ③ 名称 (事業所名称)

