

建設

キャリアアップシステム

証明書類見本一覧

第 3.3 版

技能者編



一般財団法人建設業振興基金

目次

証明書類について.....	1
各種留意事項	2
証明書类等チェックリスト	7
同意書見本一覧	9
本人確認書類見本一覧.....	14
通称名・旧姓名確認書類見本一覧	22
健康保険証明書類見本一覧	26
年金保険証明書類見本一覧	35
雇用保険証明書類見本一覧	40
退職金制度証明書類見本一覧	42
労災保険特別加入証明書類見本一覧.....	45

証明書類について

当冊子を参考に各種証明書類のご提出をお願い致します。当冊子に掲載されている書類以外を提出された場合、不備となる可能性があります。

※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）。

〈当冊子の見方〉

①

事業所整理記号

②

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)

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。

郵便番号 000-0000

事業所住所 ○○市○○町 0-0-0

③

事業所名称 ○○商会

事業主氏名 ○○○○

○○○○○○○

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○

印

④



=記載必須箇所



=マスキング必須箇所



=発行者印、受領印、証明印、領収印、事業者印など

各種留意事項

1. 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。
- 「労災保険特別加入」は、役員、一人親方の方が対象の保険です。労災保険の上乗せ部分は該当いたしませんのでご注意ください。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）・国民健康保険(市町村国保)加入技能者の場合

国民健康保険組合（建設国保など）・国民健康保険(市町村国保)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。

6 加入している社会保険等についてご記入ください※1			
①健康保険	加入状況	☐ 無 ☐ 有	☒ 適用除外 → 適用除外理由コード
	種類	☐ 健康保険組合 ☐ 協会けんぽ(全国健康保険協会) ☐ 各種共済組合 ☐ 国民健康保険(市町村国保) ☒ 国民健康保険組合(建設国保) ☐ 後期高齢者医療制度 ☐ 船員保険(全国健康保険協会) 保険者番号 マスキング 保険者名称 〇〇建設国民健康保険組合 ※被用者保険以外に加入の方は、「適用除外」にシ点チェックを入れ、適用除外理由コードをご記入ください。	

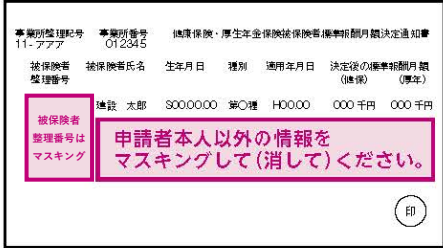
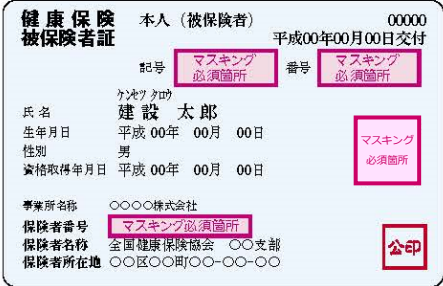
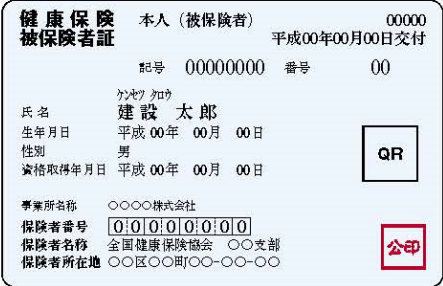
国民健康保険組合（建設国保など）・国民健康保険（市町村国保）に加入している場合は、「加入状況」は「有」を選択せず、「適用除外」を選択し、「適用除外理由コード」の「001」～「009」のいずれかをご記入ください。

保険者番号はマスキングしてください。

保険者名称は証明書類（健康保険証）をご確認の上、ご記入ください。

2. 書類の添付に関する留意事項（１）～マスキング～

建設キャリアアップシステムでは、個人情報保護法に基づき申請者様に確認書類を添付していただく際、以下の項目及び該当箇所のマスキングをお願いしております。マスキングがない書類は、不備となる場合がございます。

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
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） ※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。 (例) 	●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 (例) 
※健康保険記号番号、健康保険保険者番号、基礎年金番号などもマスキング必須箇所となります。 (例) 	※申請者本人の情報でも該当項目にマスキングがされていないものは認められません。 (例) 

マスキング項目
- 他者の個人情報 - マイナンバー → 記載書類（例）：マイナンバーカード、確定申告書 - 健康保険被保険者 記号 → 記載書類（例）：健康保険証 - 健康保険被保険者 番号 → 記載書類（例）：健康保険証 - QRコード - 健康保険 保険者番号 - 住民票コード → 記載書類（例）：住民票 - 基礎年金番号 → 記載書類（例）：標準報酬決定通知書 - 被保険者整理番号 → 記載書類（例）：標準報酬決定通知書

※ 運営主体にてマスキングを行う場合がございます。

3. 書類の添付に関する留意事項（2）～書類のJPEG化～

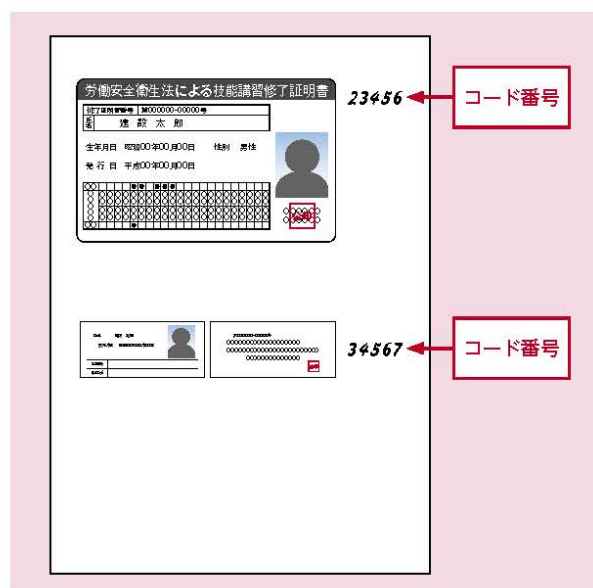
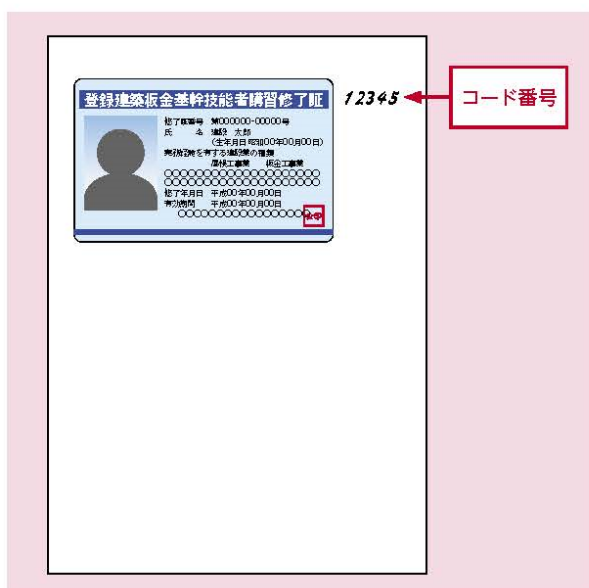
インターネット申請にて確認書類を提出する際は1資格1データ（JPEG）での申請をお願いします。

1データに複数の資格を載せて申請した際、不備となる場合があります。

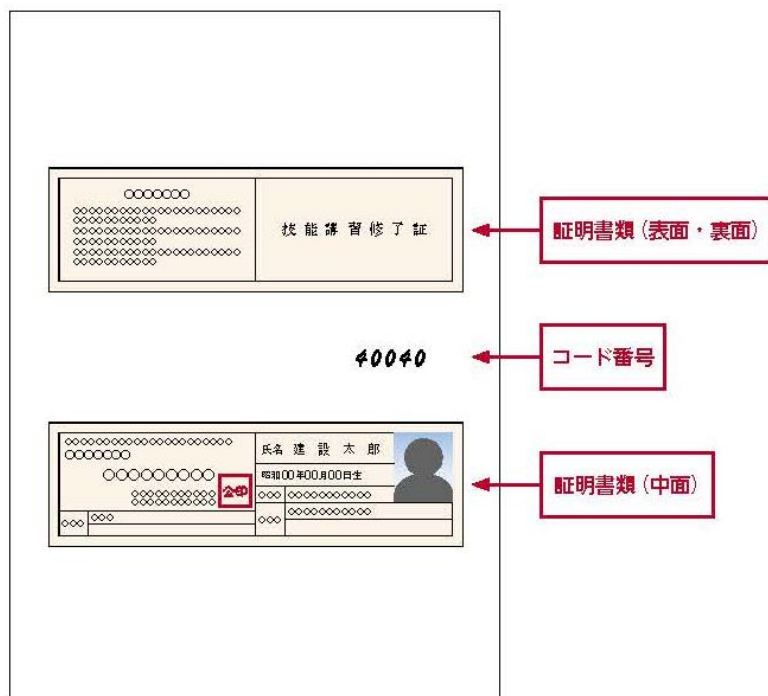


〈参考〉認定登録機関申請にて確認書類を提出する場合

- 1つの証明書につき、A4サイズ用紙1枚片面のみ記載されている状態で提出してください。
両面コピーはしないでください。
- 資格の証明書のコピーする場合、保有資格証明書をそれぞれA4サイズでコピーし、コピーした証明書のヨコに5桁のコード番号を必ず記入してください。



- 証明書類の表面・裏面と中面コピーが必要な場合、証明書類の写し2枚（表面・裏面と中面）で1つの資格として確認できる場合、中面のみのコピーでは技能講習と特別教育が判別できません。表面・裏面と中面の両方のコピーをA4サイズ1枚にコピーしてください。



4. 書類の添付に関する留意事項（3）～写真（JPEG）を添付する場合～
インターネット申請にて証明書類をデジタルカメラ、スマートフォン等で撮影して提出する場合は証明書類の表面と裏面を2データに分けて添付を行ってください。

本人確認書類

以下の本人確認書類をデジタルカメラ・スマートフォンによる撮影またはスキャナで取込みにより電子データとして用意してください。
書類の電子化ができない方は、インターネットでの申請はできません。お手数ですが郵送での申請をお願い致します。

国籍 **必須**

日本

本人確認書類1

公的身分証明書 **必須** **選択**

申請者及びその親族以外の個人情報が記載されている場合は該当箇所は伏せてから添付をしてください。
記載内容が鮮明に判読できる画像を添付してください。不鮮明な書類は、無効となります。

在留資格で特定技能1号、特定技能2号を選択時は本人確認書類として「在留カード」を添付してください。

運転免許証 **選択**

運転免許証表面.jpg 参照 削除 運転免許証裏面.jpg 参照 削除

※「選択」ボタンをクリックするとデータを添付できます。

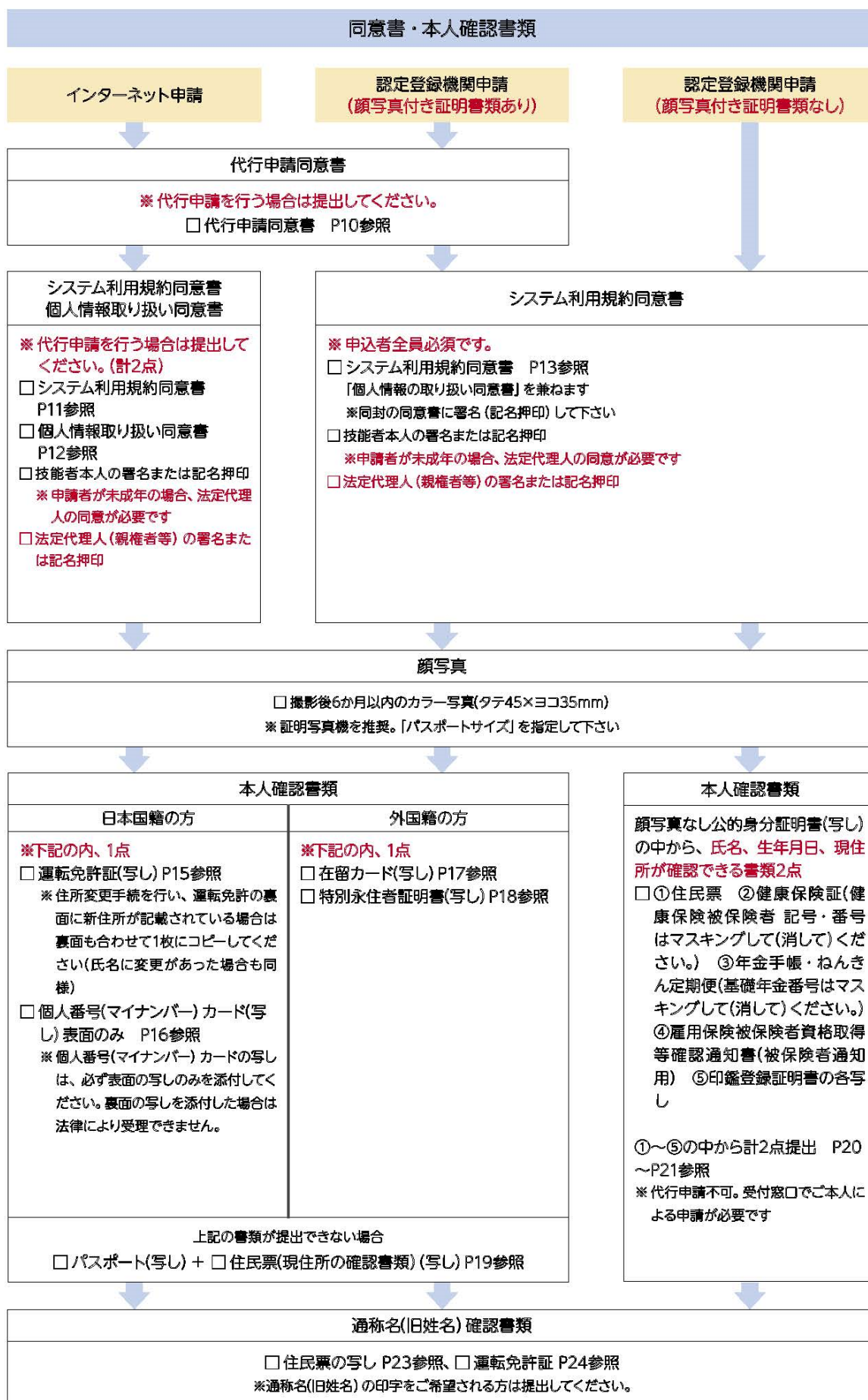
5. 氏名・住所等の変更申請時に添付する証明書類について

氏名・住所・国籍等が変わった場合は、変更申請を行い、下記の書類を提出してください。

氏 名		下記のうち、いずれか 1 点 ・運転免許証(裏面必須) ※ ・マイナンバーカード(オモテ面のみ) ・住民票 ・在留カード ・特別永住者証明書等 ・全部事項証明書
通称名・旧姓名		下記のうち、いずれか 1 点 ・運転免許証(裏面必須) ※ ・マイナンバーカード(オモテ面のみ) ・住民票 ・全部事項証明書(旧姓名の場合のみ)
住 所		下記のうち、いずれか 1 点 ・運転免許証(裏面必須) ※ ・マイナンバーカード(オモテ面のみ) ・住民票 ・在留カード ・特別永住者証明書等(裏面必須) ・戸籍の附表
国 籍	日本国籍→外国籍	・在留カードまたは特別永住者証明書等(裏面必須)
	外国籍→日本国籍	・住民票

※ マイナ免許証のアプリでの表示画面のスクリーンショットは、本人確認や氏名・住所等の変更申請には使用できません。運転免許資格の証明書類としては、使用できます。

～証明書类等チェックリスト～



社会保険・資格等確認書類

項目		証明書類（写し）	掲載 ページ	備考
健康 保 険	全国健康保険協会 （協会けんぽ） 加入有	☐ 健康保険証 ☐ 医療の資格情報 ☐ 健康保険資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 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 ☐ 健康保険・厚生年金保険被保険者賞与支払届 ☐ 健康保険被保険者資格証明書 ※健康保険の被保険者記号・番号、QRコード、保険者 番号は、必ずマスキングして（塗りつぶして）くだ さい。	P26 ～ P34	いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P26～P34をご参照 ください。
	船員保険 加入有			
	健康保険組合 加入有			
	各種共済組合 加入有			
	健康保険適用除外 （国保組合）			
	国民健康保険 適用除外001～009			
	後期高齢者医療制度 適用除外010	☐ 後期高齢者医療被保険者証		
年 金 保 険	【厚生年金に 加入の場合】 加入有	☐ 厚生年金加入証明書（雇用主作成）	P36	いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P35～P39をご参照 ください。
		☐ 健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書	P37	
		☐ 健康保険/厚生年金保険被保険者賞与支払届	P38	
		※基礎年金番号は必ずマスキングして（塗りつぶして）ください。 ※社会保険の証明書類（写し）に申請者以外の個人情報が記載され ている場合は、申請に不要な部分をマスキングして（塗りつぶし て）ください。申請者本人以外の情報が記載された証明書類（写 し）は、証明書類として認められません。		
	【国民年金に 加入の場合】 適用除外021～029	☐ ねんきん定期便	P39	
		☐ 領収済通知書		
		☐ 国民年金保険料控除証明書		
		☐ 国民年金保険料口座振替額通知書		
雇用保険		☐ 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書	P41	いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P40～P41をご参照 ください。
		☐ 雇用保険被保険者証		
退職 金 制 度	確認書類 建設業退職金共済	☐ 建設業退職金共済手帳	P43	加入している場合のみ ご提出ください。 詳しくはP42～P44を ご参照ください。
	中小企業退職金共済	☐ 中小企業退職金共済手帳	P44	
労災保険特別加入		☐ 労災保険加入証明証	P46	加入している場合のみ いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P45～P53をご参照 ください。
		☐ 労災保険特別加入加入済確認証	P47	
		☐ 労災保険加入証明書（特別加入）（一人親方）	P48	
		☐ 労働者災害補償保険 特別加入証明書	P49	
		☐ 労働者災害補償保険 特別加入証明証（一人親方の場合）	P50	
		☐ 労働者災害補償保険特別加入証明書（第一種）	P51	
		☐ 労働者災害補償保険 特別加入申請書	P52	
		☐ 労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届	P53	
各種資格等確認書類 P4～P5参照				
□ 登録基幹技能者講習修了証 □ 保有資格証明書類 □ 研修受講・修了証明書類 □ 表彰証明書類				

同意書見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ
同意書	代行申請同意書	10 ページ
	システム利用規約同意書	11 ページ
	個人情報取り扱い同意書	12 ページ
	システム利用規約同意書（認定登録機関申請）	13 ページ

※2 インターネット申請専用

※1

技 新規

建設キャリアアップシステム **技能者情報 登録申請書**

代行申請同意書 ※技能者本人の代行で申請する場合はご記入ください

①代行申請 事業者名	フリガナ		
※3 ②事業者 ID			
③代行申請 事業者所在地		フリガナ	都 道 府 県
④代表者名	フリガナ 姓	名	※4
⑤問い合わせ 対応ご担当者	フリガナ 姓	名	
⑥電話番号		⑦FAX番号	
⑧メールアドレス			

※申請者の所属する事業者が代行申請する場合も、上記欄にご記入ください。

⑨複数の事業者を経由して代行申請する場合は、以下に経由する事業者名を明記し、
 経由する各事業者は確認後、押印欄に押印してください。

経由 No.	事業者名／部署名	押印欄
1	フリガナ	
電話番号		
2	フリガナ	
電話番号		
3	フリガナ	
電話番号		

※4社以上を経由して依頼する場合は、本同意書をもう一枚コピーしてご記入ください。

所属事業者名
 所属事業者所在地
 所属事業者代表者

※4

上記のとおり、代行申請に同意します。

※5 申請者(技能者本人)

署名日

年 月 日

※6

- ※1 変更申請の際は変更代行申請同意書を提出してください。変更代行申請同意書は本体システムからダウンロードできます。
- ※2 認定登録機関申請の場合は、申請書に同封されている代行申請同意書をご提出ください。
- ※3 事業者IDは、必ずご記入ください。
- ※4 会社印もしくはご担当者様印（代表者様印）を、押印してください。
- ※5 申請者様のご署名もしくは捺印が必要です。
- ※6 受付日（初回申請日）より前の日付を、ご記入ください。

詳しいご記入の仕方については、インターネット申請ガイダンスもしくは登録申請書の手引きをご参照ください。

システム利用規約同意書（インターネット申請）

※インターネット申請で代行申請を行う場合は、提出してください。

インターネット申請専用

技新規建設キャリアアップシステム技能者情報登録申請書

建設キャリアアップシステム利用規約同意書

※申込者全員必須

建設キャリアアップシステムへの利用申し込みには、「建設キャリアアップシステム利用規約」に同意いただく必要があります。また、本財団は本システムに登録いただいた登録ユーザーの個人情報の取り扱いについて下記のように定め、個人情報の保護に関する法律その他の関係する法令ならびに本財団規程などを遵守し、個人情報を適法かつ適正に取り扱います。

建設キャリアアップシステム個人情報保護方針

■建設キャリアアップシステムにおける個人情報の取り扱いについて（別紙）（抜粋）

1 利用目的について

(1) 技能者が技能及び経験に応じた適切な評価を受け、処遇の改善に結びつくよう、技能者、その所属事業者、元請等の事業者が協力して、「技能者基本情報」（別表1に列挙する個人情報を含む。以下同じ）と「技能者就業履歴情報」（別表2に列挙する個人情報を含む。以下同じ）を以下のように本システムにおいて登録、蓄積及び最新の情報に更新するため。

(1)-1. 技能者基本情報を、技能者（又は技能者の委託を受けた所属事業者、事業者団体等）が本システムにおいて登録及び更新する。

(1)-2. 技能者就業履歴情報を、技能者の所属事業者、元請等の事業者、技能者が本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。

(1)-3. 技能者就業履歴情報を構成する「事業者情報」（別表3に列挙する個人情報を含む。以下同じ。）、「現場・契約情報」（別表4に列挙する個人情報を含む。以下同じ。）を、技能者の所属事業者、元請等の事業者が本システムにおいて登録及び更新する。

(1)-4. 技能者就業履歴情報、技能者基本情報、事業者情報及び現場・契約情報を、本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）して本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。

(2) (1)により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を利用して、登録ユーザーが優れた技能者及びその所属する事業者を適切に把握及び評価するため。また、今後整備される技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みと連携して、技能者の雇用の安定や処遇を改善するため。

(2)-1. 登録ユーザー間で技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を共有する（共同利用）。ただし、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

(2)-2. 技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人及びその所属事業者の同意している項目について、技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みの運営主体に対して、必要な範囲で提供する。

(3) (1)により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を利用して、より正確かつ効率的に、技能者が入場中、稼働中の現場において元請、上位下請事業者が工事現場の安全衛生の確保、社会保険の加入確認、建設業退職金共済制度における共済証の適切な交付ができるようにし、現場の適切な管理と業務の効率化、工物品質の向上につなげるため。

(3)-1. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、必要な範囲で、現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者で共有する（共同利用）。

(3)-2. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、本システムと本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）する。

(4) 登録手続、連絡、本人確認、事業者の特定その他本システムの適正かつ円滑な運用を確保するため。

(5) 本システムの推進及び関係者に対する広報活動並びに本システムの改善に必要な調査のため。

(6) 建設産業における課題などの調査・分析のため。

2 個人情報の共同利用について

(1) 趣旨

利用目的(1)から(3)までと同じ

(2) 共同利用する個人情報の項目

①「技能者基本情報」

②「技能者就業履歴情報」

③「事業者情報」

④「現場・契約情報」

ただし、利用目的(2)-1に関しては、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

(3) 共同利用する者の範囲と利用目的

①建設工事業務遂行のため、当該建設工事業務に従事し、又は従事しようとする技能者本人に関する技能者基本情報及び技能者就業履歴情報の全部若しくは一部を保有し、又は保有しようとしている、民間入退場管理システム、安全管理システム等（本システムと連携する条件を満たすものとして本財団が認定したものに限る）の利用事業者及び運営事業者（利用目的(1)-4及び(3)-2）

②本システムの登録ユーザー（利用目的(2)-1及び(3)-1）。ただし、利用目的(3)-1については、技能者が入場し、又はした現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者に限る。

(4) 当該個人情報の管理について責任を有する者

①建設キャリアアップシステム 担当部長

②本財団が認定する民間システム

■建設キャリアアップシステム利用規約について（抜粋）

利用の解除

1.本財団は、登録ユーザーが、以下の各号のいずれかの事由に該当する場合は、事前に通知又は催告することなく、当該登録ユーザーについて本サービスの利用を一時的に停止し、若しくは登録ユーザーとしての登録を抹消、若しくはサービス利用契約を解除することができず。

(1) 本規約のいずれかの条項に違反した場合

(2) 登録事業者によって支払停止又は支払不能となり、若しくは破産手続開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始、特別清算開始若しくはこれらに類する手続の開始の申立てがあった場合

(3) 12ヶ月以上本サービスの利用がない場合

(4) 本財団からの問い合わせその他の回答を求める連絡に対して14日間以上応答がない場合

(5) 第5条第4項各号に該当する場合

(6) その他、適切なシステム運用の観点から本財団が本サービスの利用、登録ユーザーとしての登録、又はサービス利用契約の継続を適当でないと判断した場合

2.前項各号のいずれかの事由に該当した場合、登録ユーザーは、本財団に対して負っている債務について当然に期限の利益を失い、直ちに本財団に対して全ての債務の支払いを行わなければならない。

3.本財団は、本条に基づき本財団が行った行為により登録ユーザーに生じた損害について責任を負いません。

詳細については、本財団ホームページに掲載している「建設キャリアアップシステム個人情報保護方針」をお読みください。なお、「建設キャリアアップシステム利用規約」については、登録申請書手引にも掲載しております。

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム利用規約の内容を確認し、これに同意します。

署名または記名押印

※1

署名または記名押印日

年

月

日

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム利用規約の内容を確認し、左記の者が申請することに同意します。

※申請者が未成年者の場合は、法定代理人の署名または記名押印が必須となります。

法定代理人（☐親権者 ☐後見人 ☐保佐人 ☐補助人 ☐その他）

※2

署名または記名押印

署名または記名押印日

年

月

日

※1 受付日(初回申請日)より前の日付を、ご記入ください。

※2 法定代理人の方が署名を行うときのみ、記入してください。

外国人かつ未成年の方の場合は、受け入れ企業のご担当者様が後見人としてご署名ください。

11

個人情報取り扱い同意書（インターネット申請）

※インターネット申請で代行申請を行う場合は、提出してください。

インターネット申請専用

技 新規 建設キャリアアップシステム 技能者情報 登録申請書

建設キャリアアップシステム個人情報取り扱い同意書

※申込者全員必須

建設キャリアアップシステムへの利用申し込みには、「建設キャリアアップシステム利用規約」に同意いただく必要があります。また、本財団は本システムに登録いただいた登録ユーザーの個人情報の取り扱いについて下記のように定め、個人情報の保護に関する法律その他の関係する法令ならびに本財団規程などを遵守し、個人情報を適法かつ適正に取り扱います。

■個人情報の取り扱いについて（抜粋）

1 利用目的について

1. 技能者が技能や経験に応じた適切な評価を受け、処遇の改善に結びつくよう、技能者、その所属事業者、元請等の事業者が協力して、「技能者基本情報」（建設キャリアアップシステム個人情報保護方針（<http://www.kensetsu-kikin.or.jp/cous/profile/p-policy/>）の別表 1 に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）と「技能者就業履歴情報」（本財団個人情報保護方針の別表 2 に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）を以下のように本システムにおいて登録、蓄積及び最新の情報を更新するため。

1-1. 技能者基本情報を、技能者（又は技能者の委託を受けた所属事業者、事業者団体等）が本システムにおいて登録及び更新する。

1-2. 技能者就業履歴情報を、技能者の所属事業者、元請等の事業者、技能者が本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。

1-3. 技能者就業履歴情報を構成する「事業者情報」（本財団個人情報保護方針の別表 3 に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）、「現場・契約情報」（本財団個人情報保護方針の別表 4 に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）を、技能者の所属事業者、元請等の事業者が本システムにおいて登録及び更新する。

1-4. 技能者就業履歴情報、技能者基本情報、事業者情報及び現場・契約情報を、本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）して本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。

2. 1 により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を活用して、登録ユーザーが優れた技能者及びその所属する事業者を適切に把握及び評価するため。また、今後整備される技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みと連携して、技能者の雇用の安定や処遇を改善するため。

2-1. 登録ユーザー間で技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を共有する（共同利用）。ただし、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

2-2. 技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人及びその所属事業者の同意している項目について、技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みの運営主体に対して、必要な範囲で提供する。

3. 1 により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を活用して、より正確かつ効率的に、技能者が入場中、稼働中の現場において元請、上位下請事業者が工事現場の安全衛生の確保、社会保険の加入確認、建設業退職金共済制度における共済証書の適切な交付ができるようにし、現場の適切な管理と実務の効率化、工事品質の向上につなげるため

3-1. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、必要な範囲で、現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者で共有する（共同利用）。

3-2. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、本システムと本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）する。

4. 登録手続、連絡、本人確認、事業者の特定その他本システムの適正かつ円滑な運用を確保するため。

5. 本システムの推進及び関係者に対する広報活動並びに本システムの改善に必要な調査のため。

6. 建設産業における課題などの調査・分析のため。

2 個人情報の共同利用について

1. 趣旨
利用目的 1 から 3 までと同じ

2. 共同利用する個人データの項目
①「技能者基本情報」
②「技能者就業履歴情報」
③「事業者情報」
④「現場・契約情報」
ただし、利用目的 2-1 に關しては、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

3. 共同利用する者の範囲と利用目的
①建設工事業務遂行のため、当該建設工事業務に従事し、又は従事しようとする技能者本人に関する技能者基本情報及び技能者就業履歴情報の全部若しくは一部を保有し、又は保有しようとしている、民間入退場管理システム、安全管理システム等（本システムと連携する条件を満たすものとして本財団が認定したものに限る）の利用事業者及び運営事業者（利用目的 1-4 及び 3-2）
②本システムの登録ユーザー（利用目的 2-1 及び 3-1）。ただし、利用目的 3-1 については、技能者が入場し、又はした現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者に限る。

4. 当該個人データの管理について責任を有する者
①建設キャリアアップシステム、担当部長
②本財団が認定する民間システム ※認定システム名を別記

3 個人情報の第三者提供について

本財団は、以下のいずれかに該当する場合を除き登録ユーザーの個人情報を第三者に提供しないものとする。

①登録ユーザーから事前に同意を得た場合
②法令に基づき提供を求められた場合
③人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合であって、登録ユーザーの同意を得ることが困難である場合
④公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、登録ユーザーの同意を得ることが困難である場合
⑤国又は地方公共団体などが法令の定める事務を実施するうえで、協力する必要がある場合であって、登録ユーザーの同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合
⑥利用目的の達成に必要な範囲内において外部委託した場合
⑦「2 個人情報の共同利用について」の共同利用者の範囲に掲げる者に提供する場合

詳細については、本財団ホームページに掲載している「個人情報保護方針」、「建設キャリアアップシステムにおける個人情報の取り扱いについて（利用目的）」、「共同利用について」「個人情報の第三者提供について」をお読みください。

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム個人情報保護方針等の内容を確認し、これに同意します。

本人署名または記名押印

※1 署名または記名押印日 年 月 日

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム個人情報保護方針等の内容を確認し、左記の者が申請することに同意します。

※申請者が未成年者の場合は、法定代理人の署名または記名押印が必須となります。

※2 法定代理人（☐ 親権者 ☐ 後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ その他）

本人署名または記名押印

署名または記名押印日 年 月 日

※1 受付日(初回申請日)より前の日付を、ご記入ください。

※2 法定代理人の方が署名を行うときのみ、記入してください。

外国人かつ未成年の方の場合は、受け入れ企業のご担当者様が後見人としてご署名ください。

12

次項目への移動は **Tab** キーを押下。チェックボックスは **Enter** キーでオンオフできます。 **入力のリセット**

技能者 建設キャリアアップシステム 技能者情報 登録申請書

9/10 枚目

14 建設キャリアアップシステム利用規約同意書

※申込者全員必須

建設キャリアアップシステムへの利用申し込みには、「建設キャリアアップシステム利用規約」に同意いただく必要があります。また、本財団は本システムに登録いただいた登録ユーザーの個人情報取り扱いについて下記のように定め、個人情報の保護に関する法律その他の関係する法令ならびに本財団規程などを遵守し、個人情報を適法かつ適正に取り扱います。

建設キャリアアップシステム個人情報保護方針

■建設キャリアアップシステムにおける個人情報の取り扱いについて（別紙）（抜粋）

1 利用目的について

(1) 技能者が技能や経験に応じた適切な評価を受け、処遇の改善に結びつくよう、技能者、その所属事業者、元請等の事業者が協力して、「技能者基本情報」(建設キャリアアップシステム個人情報保護方針(https://www.ccas.jp/files/documents/privacy.pdf)の別表1に列挙する個人情報という。以下同じ)と「技能者就業履歴情報」(本財団個人情報保護方針の別表2に列挙する個人情報という。以下同じ。)を以下のように本システムにおいて登録、管理及び更新の情報を更新するため。

(1)-1. 技能者基本情報を、技能者(又は技能者の委託を受けた所属事業者、事業者団体等)が本システムにおいて登録及び更新する。

(1)-2. 技能者就業履歴情報を、技能者の所属事業者、元請等の事業者、技能者が本システムにおいて登録、管理及び更新する。

(1)-3. 技能者就業履歴情報を構成する「事業情報」(本財団個人情報保護方針の別表3に列挙する個人情報という。以下同じ。)、**「現場・契約情報」**(本財団個人情報保護方針の別表4に列挙する個人情報という。以下同じ。))を、技能者の所属事業者、元請等の事業者が本システムにおいて登録及び更新する。

(1)-4. 技能者就業履歴情報、技能者基本情報、事業情報及び**「現場・契約情報」**を、本財団が認定する民間入場管理システム、安全管理システム等と連携(共同利用)して本システムにおいて登録、管理及び更新する。

(2) (1)により登録及び管理された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業情報及び現場・契約情報を活用して、登録ユーザーが属した技能者及びその所属する事業者を適切に把握及び評価するため、また、今後登録される技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みと連携して、技能者の雇用の安定や処遇を改善するため。

(2)-1. 登録ユーザー間で技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業情報及び現場・契約情報を共有する(共同利用)。ただし、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

(2)-2. 技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人及びその所属事業者の同意している項目について、技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みの運営主体に対して、必要な範囲で提供する。

(3) (1)により登録及び管理された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業情報及び現場・契約情報を活用して、より正確かつ効率的に、技能者が入場中、建設中の現場において元請、上位下請事業者が工事現場の安全衛生の確保、社会保険の加入促進、建設労働者就業促進制度における共通証紙の適切な交付ができるようにし、現場の適切な管理と業務の効率化、工事品質の向上につなげるため。

(3)-1. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業情報及び現場・契約情報について、必要な範囲で、現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者で共有する(共同利用)。

(3)-2. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業情報及び現場・契約情報について、本システムと本財団が認定する民間入場管理システム、安全管理システム等とで連携(共同利用)する。

(4) 登録手続、連絡、本人確認、事業者の特定その他本システムの適正かつ円滑な運用を確保するため。

(5) 本システムの推進及び関係者に対する広報活動並びに本システムの改善に必要な調査のため。

(6) 建設産業における課題などの調査・分析のため。

2 個人情報の共同利用について

(1) 趣旨

利用目的(1)から(3)までと同じ

(2) 共同利用する個人データの項目

①「技能者基本情報」

②「技能者就業履歴情報」

③「事業情報」

④「現場・契約情報」

ただし、利用目的(2)・1に関しては、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

(3) 共同利用する者の範囲と利用目的

①建設工事業務遂行のため、当該建設工事業務に従事し、又は従事しようとする技能者本人に関する技能者基本情報及び技能者就業履歴情報の全部若しくは一部を保有し、又は保有しようとする、民間入場管理システム、安全管理システム等(本システムと連携する条件を満たすものとして本財団が認定したものに限る)の利用事業者及び運営事業者(利用目的(1)・4及び(3)・2)

②本システムの登録ユーザー(利用目的(2)・1及び(3)・1)。ただし、利用目的(3)・1については、技能者が入場し、又はした現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者に限る。

(4) 当該個人データの管理について責任を有する者

①建設キャリアアップシステム 担当部長

②本財団が認定する民間システム ※認定システム名を記載

■建設キャリアアップシステム利用規約について（抜粋）

利用の解除

1. 本財団は、登録ユーザーが、以下の各号のいずれかの事由に該当する場合は、事前に通知又は催告することなく、当該登録ユーザーについて本サービスの利用を一時的に停止し、若しくは登録ユーザーとしての登録を取消、若しくはサービス利用契約を解除することができます。

(1) 本規約のいずれかの条項に違反した場合

(2) 登録事業者によって支払停止又は支払不能となり、若しくは破産手続開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始、特別清算開始若しくはこれらに類する手続の開始の申立てがあった場合

(3) 12ヶ月以上本サービスの利用がない場合

(4) 本財団からの問い合わせその他の回答を求める連絡に対して14日間以上応答がない場合

(5) 第5条第4項各号に該当する場合

(6) その他、適切なシステム運用の観点から本財団が本サービスの利用、登録ユーザーとしての登録、又はサービス利用契約の継続を適当でないと判断した場合

2. 前項各号のいずれかの事由に該当した場合、登録ユーザーは、本財団に対して負っている債務について当該に期限の利益を失ひ、直ちに本財団に対して全ての債務の支払いを行わなければならない。

3. 本財団は、本条に基づき本財団が行った行為により登録ユーザーに生じた損害について責任を負いません。

詳細については、本財団ホームページに掲載している「建設キャリアアップシステム個人情報保護方針」および「建設キャリアアップシステム利用規約」をお読みください。

上記に記載の他、「技能者情報登録申請書」の手引に記載されている利用規約の内容を確認し、これに同意します。

署名または記名押印

※1 署名または記名押印日 年 月 日

上記に記載の他、「技能者情報登録申請書」の手引に記載されている利用規約の内容を確認し、左記の者が申請することに同意します。
※申請者が未成年者の場合は、法定代理人の署名または記名押印が必須となります。

※2 法定代理人(☐ 親権者 ☐ 後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ その他)

署名または記名押印

署名または記名押印日 年 月 日

10枚目へ

2023-4月

※1 受付日(初回申請日)より前の日付を、ご記入ください。

※2 法定代理人の方が署名を行うときのみ、記入してください。

外国人かつ未成年の方の場合は、受け入れ企業のご担当者様が後見人としてご署名ください。

※3 認定登録機関申請の場合は、個人情報の取り扱い同意書の提出の必要はありません。

(システム利用規約同意書・個人情報取り扱い同意書の兼用となります。)

13

本人確認書類見本一覧

大分類	小分類	証明書類の種類	見本ページ
インターネット 申請・ 認定登録機関 申請	日本国籍	運転免許証 ※	15 ページ
		マイナンバーカード	16 ページ
	外国籍	在留カード	17 ページ
		特別永住者証明書	18 ページ
	日本国籍・外国籍	パスポート + 住民票	19 ページ
認定登録機関 申請のみ	認定登録機関申請のみ (日本国籍・外国籍)	住民票 + 健康保険被保険者証	20 ページ
		印鑑登録証明書 + 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書	21 ページ

※ マイナ免許証のアプリでの表示画面のスクリーンショットは、本人確認としては使用できません。
運転免許資格の証明書類としては、使用できます。

[illegible]

※ 住所・氏名等の変更をされた方は、裏面もご提出ください。

※ 運転免許証を返納された場合は、運転経歴証明書をご提出ください。

[illegible]

- ① 氏名
②住所
③生年月日
④有効期限

※個人番号が記載されている裏面は、提出しないでください。法律により受理できません。

日本国政府 GOVERNMENT OF JAPAN		在留カード RESIDENCE CARD		番号 AB12345678CD No.
①	氏名 ○○○○○○ ○○○○○○ NAME			
②	生年月日 0000年00月00日 ○○ ○○ ○○○○ ○○○○ DATE OF BIRTH Y M D ○○ ○○○○○○○○			
③	住居地 東京都○○区○○町0丁目0番地00号 ADDRESS ○○○○ ○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○○○○○ ○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 0年00月(0000年00月00日) Y M Y M D			
④	許可の種類 ○○○○○○○○(東京入国管理局長) ◆ ◆ ○○○○ 0000年00月00日 ○○○○ 0000年00月00日			
⑤	このカードは 0000年00月00日まで有効 です。 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
				法務大臣 公印

住居地記載欄		
届出年月日	住居地	記載者印
③ 0000年00月00日	東京都○○区○○町0丁目0番地00号	東京都○○区長
○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

① 氏名

② 生年月日

③ 住所

④ 在留資格

⑤ 有効期限

※ 住所の変更をされた方は、裏面もご提出ください。

日本国政府 ○○○○○○○○○○○		特別永住者証明書 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○		番号 AB12345678CD No.	
①	氏名 ○○○○○○○○ NAME ○○○○○○				
②	生年月日 0000年00月00日 DATE OF BIRTH Y M D				
○○○○ ○○ ○○○○○○○○○○○					
③	住居地 東京都○○区○○町0丁目0番地00号 ADDRESS				
④	この証明書は 0000年00月00日まで有効 です。 Y M D				
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○					
					法務大臣 公印

住居地記載欄		
届出年月日	住居地	記載者印
③ 0000年00月00日	東京都○○区○○町0丁目0番地00号	東京都○○区長
○○○○○		0000年00月00日

- ① 氏名
- ② 生年月日
- ③ 住所
- ④ 有効期限

※ 住所の変更をされた方は、裏面もご提出ください。

[illegible]

※ 住民票に記載されている住民票コード及び個人番号は、マスキングしてください。

健康保険 被保険者証		本人（被保険者）	000000
		平成00年00月00日交付	
記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
氏名	ケンセi クロウ 建設 太郎 ①		
生年月日	昭和 00年 00月 00日 ②		
性別	男		
資格取得年月日	平成 00年 00月 00日		
事業所名称	〇〇〇〇株式会社		
被保険者番号	マスキング箇所		
被保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部		
被保険者所在地	〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		
			公印

- ※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の保険証を提出してください。
- ※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号及び住民票コードは、マスキングしてください。

発行元：市区町村

印 鑑 登 録 証 明 書

印 影 	氏 名	建設 太郎 ①
	生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日生 ②
	住 所	〇〇町 0 丁目 0 番地 ③
	備 考	

この写しは、登録された印影と相違ないことを証明する。

令和 0 年 00 月 00 日

〇〇県〇〇市長

④ 

発行元：公共職業安定所

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)

センター 公共職業安定所長 ④ 

被保険者番号	確認(受理) 通知年月日	資格取得年月日	取得時被保険者種類
0000-000000-0	H000000	H000000	0 (〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇)

被保険者氏名	生年月日 (元号一年月日)
ケンセツ タロウ ①	0 000000 (〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇)

事業所名略称	転勤の年月日
株式会社 〇〇建設	

- ① 氏名
- ② 生年月日
- ③ 住所
- ④ 証明印等(公印・受領印・発行者印等…)

通称名・旧姓名証明書類見本一覧

小分類	証明書類の種類	見本ページ
通称名・ 旧姓名 証明書類	住民票（写し）	23 ページ
	運転免許証 ※	24 ページ
	全部事項証明書（旧姓名の証明にのみ使用可）	25 ページ

※ マイナ免許証のアプリでの表示画面のスクリーンショットは、通称名・旧姓名証明には使用できません。
運転免許資格の証明書類としては、使用できます。

住民票（通称名・旧姓名）

[illegible]

- ① 氏名（通称名または旧姓名記載のもの）
② 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）
※住民票コードは、マスキングしてください。

運転免許証（通称名・旧姓名）

①	氏 名	李 太 郎 (建 設 太 郎)	昭和 00 年 00 月 00 日生
	住 所	東京都〇〇区〇〇町 0-0-0	
	交 付	令和 00 年 00 月 00 日 01234	
②	0000年(令和00年)00月00日まで有効		
	免許の 条件等	眼鏡等 中型車は中型車(8t)に限る	
	優 良		
	番 号	第 000000000000 号	
	二・小・原	平成 00 年 00 月 00 日	種
	他	平成 00 年 00 月 00 日	
	二 種	平成 00 年 00 月 00 日	類

運転免許証

〇〇〇
公安委員会

〇〇〇公安委員会印

- ① 氏名（通称名または旧姓名記載のもの）
- ② 有効期限

- ① 現在の氏名
- ② 氏名（改姓前）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

健康保険証明書類見本一覧

証明書類の種類	見本ページ
健康保険証	27・28 ページ
医療の資格情報	29 ページ
健康保険資格確認書	30 ページ
資格情報のお知らせ	31 ページ
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	32 ページ
健康保険・厚生年金保険被保険者賞与支払届	33 ページ
健康保険被保険者資格証明書	34 ページ

健康保険証

	発行元	加入区分
協会けんぽ	全国健康保険協会（協会けんぽ）	→加入有として申請
船員保険	全国健康保険協会（協会けんぽ）	
健康保険組合	健康保険組合（例〇〇商事健康保険組合）	
共済組合	各種共済組合（例〇〇県職員共済組合）	
国民健康保険組合	建設国保等	→適用除外001～009のいずれかを選択
国民健康保険	市区町村	→適用除外001～009のいずれかを選択
後期高齢者医療制度	都道府県後期高齢者医療広域連合	適用除外010を選択

【協会けんぽ】→加入有

健康保険 被保険者証		本人（被保険者）	00000
		平成00年00月00日交付	
記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
氏名	ケンセツ タロウ 建設 太郎 ^①		
生年月日	昭和 00年 00月 00日 ^②		
性別	男		
資格取得年月日	平成 00年 00月 00日		
事業所名称	〇〇〇〇株式会社		
保険者番号	マスキング箇所		
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部		
保険者所在地	〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		
			③ 公印

【健康保険組合】→加入有

健康保険 被保険者証		本人（被保険者）	平成00年00月00日交付
記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
① 氏名	建設 太郎		
② 生年月日	昭和 00年 00月 00日	性別	男
資格取得	平成 00年 00月 00日		
有効期限	平成 00年 00月 00日		
保険者所在地	東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		
保険者番号	マスキング箇所	TEL	00-0000-0000
保険者名称	〇〇〇〇健康保険組合		
発行通番	0000000000		
			③ 公印

【国民健康保険組合】→適用除外 001

国民健康保険 被保険者証（組合員）		有効期限 平成00年00月00日
記号	マスキング箇所	番号 ③ 公印
氏名	建設 太郎 ^①	
生年月日	昭和 00年 00月 00日 ^②	性別 男
資格取得年月日	平成 00年 00月 00日	
交付年月日	平成 00年 00月 00日	
組合員氏名	建設 太郎	
住所	東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇	
事業所名称	〇〇〇〇株式会社	
全国土木建築国民健康保険組合	マスキング箇所	保険者番号 ③ 公印

① 氏名

② 生年月日

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

健康保険証

【船員保険】→加入有

船員保険 被保険者証		本人（被保険者）	平成00年00月00日交付
記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
氏名	ケンセツ タロウ 建設 太郎 ①		性別 男
生年月日	昭和00年00月00日 ②		
資格取得年月日	平成00年00月00日		
船舶所有者氏名	〇〇〇株式会社		
保険者番号	マスキング箇所		③ 公印
保険者名称	全国健康保険協会 船員保険部		
保険者所在地	〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		

【国民健康保険】→適用除外 001

〇 〇 県		有効期限	平成00年00月00日
国民健康保険 被保険者証		記号	マスキング箇所
		番号	マスキング箇所
氏名	建設 太郎 ①		性別 男
生年月日	昭和 00年 00月 00日 ②		
適用開始年月日	平成 00年 00月 00日		
交付年月日	平成 00年 00月 00日		
世帯主氏名	建設 太郎		
住所	東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇		
保険者番号	マスキング箇所	交付者名	〇〇市
			③ 公印

【共済組合】→加入有

〇〇県市町村職員共済組合		本人	平成00年00月00日交付
組合員証		(組合員)	
記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
氏名	ケンセツ タロウ 建設 太郎 ①		性別 男
生年月日	昭和 00年 00月 00日 ②		
資格取得年月日	平成 00年 00月 00日		
発行機関所在地	〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇		
保険者番号	マスキング箇所		③ 公印
名称	〇〇県市町村職員共済組合		
		発行番号	0 0 0 0 0 0 0

【後期高齢者医療制度】→適用除外 010

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	令和00年00月00日
交付年月日	令和00年00月00日
被保険者番号	マスキング箇所
住所	〇〇市 〇〇町 〇〇-〇〇-〇〇
氏名	建設 太郎 ①
性別	男
生年月日	昭和 00年 00月 00日 ②
資格取得年月日	平成 00年 00月 00日
発行期日	平成 00年 00月 00日
一部負担金の割合	〇割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	マスキング箇所
	〇〇県後期高齢者医療広域連合
	③ 公印

① 氏名

② 生年月日

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時：2024 年〇月〇〇日 時点

保 険 者 名	全国健康保険協会 〇〇支部	①
保 険 者 番 号	マスキング箇所	
記 号	マスキング箇所	
番 号	マスキング箇所	
枝 番	マスキング箇所	
氏 名	基金 太郎	②

70 歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70 歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。

① 保険者名

② 氏名

発行元（入手先）：保険者

健康保険 本人（被保険者） 資格確認書		令和6年12月2日交付	
記号	マスキング箇所	番号	マスキング箇所
		(枝番)	マスキング箇所
① 氏名	キョウカイ 太郎 協会 太郎		
② 生年月日	平成元年 5月10日		
性別	男		
資格取得年月日	令和6年12月2日		
有効期限	令和11年11月30日		
保険者番号	マスキング箇所		
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部		
保険者所在地	○○市○○町9-9-99		
			③ 公印

① 氏名

② 生年月日

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

発行元（入手先）：保険者

資格情報のお知らせ

①（交付者名）
マスクング箇所

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。
なお、このお知らせのみでは受診できません。

記号	マスクング箇所	番号	マスクング箇所
②	氏名	佐藤 太郎	
	フリガナ	サトウ タロウ	
	負担割合（70 歳以上のみ記載）	〇割	
	適用開始年月日	平成〇年〇月〇日	
	交付年月日	令和〇年〇月〇日	

※ 70 歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。（下部の切り取り箇所も同様）

スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。

— マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら —

マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます
（このお知らせのみでは受診できません）

資格情報のお知らせ

令和〇年〇月〇日発行
（交付者名）
マスクング箇所

記号 ①/② 番号 ③/④ ⑤（枝番） ⑥

氏名 佐藤 太郎

負担割合 〇割（70 歳以上のみ記載）

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

① 保険者名

② 氏名

健康保險・厚生年金保險被保險者標準報酬月額決定通知書

発行元（入手先）：日本年金機構（年金事務所）

[illegible]

- ① 事業所整理番号
 - ② 事業所番号
 - ③ 氏名
 - ④ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）
- ※ 他者の個人情報、は、マスキングしてください。
- ※ 基礎年金番号は、マスキングしてください。
- ※ 電子申請等の場合において公印がない場合は、公印なしで可

健康保険・厚生年金保険被保険者賞与支払届

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
被保険者賞与支払届
70歳以上被用者賞与支払届



令和 年 月 日提出

事業所整理番号
①

事業所所在地
〒

事業所名称
②

事業主氏名
④

電話番号
()

受付印
③
印

社会保険労務士記号欄
氏名等
⑤

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（記載する場合 ※70歳以上被用者の場合のみ）
共通	④ 賞与支払年月日（共通） 9 令和 年 月 日	⑤ 賞与支払額	⑥ 賞与額（千円未満は切捨て）	⑧ 備考

←1枚ずつ必ず記入してください。

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

④ ⑤

マスキング箇所

必ずマスキングして（消して）ください。

- ① 事業所整理番号
- ② 事業所番号
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）
- ④ 被保険者氏名
- ⑤ 生年月日
- ※ 対象者については、④⑤以外の項目は、マスキングしてください。
- ※ 対象者以外の被保険者情報は、全てマスキングしてください。
- ※ 電子申請等の場合において公印がない場合は、公印なしで可

健康保険被保険者資格証明書

発行元（入手先）：保険者

申請年月日 令和 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

事業主又は被保険者に記入していただくところ	事業所	事業所整理記号		事業所番号	
	被保険者	フリガナ		大・昭・平・令	男・女
		氏 名	①	生年月日	
	資格取得年月日		令和 年 月 日		
	被扶養者	フリガナ		明・大・昭・平・令	男・女
		氏 名		生年月日	
		被扶養者となった日		上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日	
		フリガナ		明・大・昭・平・令	男・女
		氏 名		生年月日	
		被扶養者となった日		上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日	
フリガナ			明・大・昭・平・令	男・女	
氏 名			生年月日		年 月 日生
被扶養者となった日		上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日			
証明書発行理由		健康保険被保険者証発行手続き中のため			
上記被保険者(被扶養者)にかかる被保険者資格を証明願います。					
事業所所在地					
事業所名称					
事業主(被保険者)氏名					
日本年金機構理事長 殿					

社会保険労務士記載欄

注)事業主(被保険者)の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

証明年月日 令和 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書

上記の被保険者(被扶養者)は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者(被扶養者)の資格を有することを証明します。

日本年金機構理事長 印 ③

年金事務所が記入するところ	保 険 者	番 号	マスキング箇所		
		名 称			
		所 在 地			
	被保険者証記号番号	記号:	マスキング箇所	番号:	マスキング箇所
	証明書有効期間	上記証明年月日から 令和 年 月 日まで			

注1) 被保険者は有効期間が経過したとき、又は有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業主に返付してください。事業主は、これを年金事務所に提出してください。

注2) 有効期間は証明年月日から20日以内となります。

- ① 氏名
- ② 生年月日
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）
- ※ 保険者番号、健康保険記号番号は、マスキングしてください。
- ※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

年金保険証明書類見本一覧

大分類	小分類	証明書類の種類	見本ページ
厚生年金	加入証明書	厚生年金等加入証明書	36 ページ
	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	37 ページ
	支払届	厚生年金保険被保険者賞与支払届	38 ページ
国民年金	通知書	ねんきん定期便	39 ページ
	領収書	領収済通知書	39 ページ
	通知書	国民年金保険料控除証明書	39 ページ
	通知書	国民年金保険料口座振替額通知書	－

発行元（入手先）：事業主

厚生年金等加入証明書:技能者

発行元(入手先):事業主

厚生年金等加入証明書

申請者	氏名	①		
	住所			
加入年金種別 ※該当している年金に○印を付けてください。		ア 厚生年金保険 イ 日本私立学校振興・共済事業団 ウ _____共済組合(公務員は除く)		
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・令和 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。

令和 年 月 日

事業者名 _____

事業所 記号・番号 ② 記号: _____ 番号: _____ ③

事業所所在地 _____

事業主名または
年金取扱担当者

④
印

※「国民年金」に加入している場合は、本書の提出は必要ありません

- ①氏名
- ②事業所整理記号
- ③事業所番号
- ④証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

QR コード		000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地		1/1	
		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 合同会社			
〇〇 〇〇 様		0000000000000000-000000			
バーコード					
0000000000000000		QR コード			
00000000 000/000 0000					

健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書

① 事業所整理記号 〇〇〇〇
② 事業所番号 〇〇〇〇

被保険者 整理番号	被保険者氏名	※1 資格取得年月日	標準報酬月額
※1 生年月日	※2 種類(性別)	※3 取得区分	基礎年金番号
〇〇〇〇	③ マスキング箇所		健保： 00千円 厚年： 00千円
〇〇〇	1 (男)	1 (再)	

必ずマスキングして(消して)ください。

④ 公印

- 37

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 被保険者賞与支払届 70歳以上被用者賞与支払届											
令和 年 月 日提出													
提出者記入欄	事業所整理番号 ①		受付印 ③ 印										
	事業所所在地 〒		社会保険労務士記帳欄										
	事業所名称 ②		氏名等										
	事業主氏名 電話番号 { }		④										
<table border="1"> <tr> <td>① 被保険者整理番号</td> <td>② 被保険者氏名</td> <td>③ 生年月日</td> <td>⑦ 個人番号（保険年金番号 若くは国民年金番号のいずれか）</td> </tr> <tr> <td>④ 賞与支払年月日</td> <td>⑤ 賞与支払額</td> <td>⑥ 賞与額（千円未満は切捨て）</td> <td>⑧ 備考</td> </tr> </table>						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（保険年金番号 若くは国民年金番号のいずれか）	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
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（保険年金番号 若くは国民年金番号のいずれか）										
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										
<table border="1"> <tr> <td>④ 賞与支払年月日（共通）</td> <td>9. 令和 年 月 日</td> <td colspan="4">←1枚ずつ必ず記入してください。</td> </tr> </table>						④ 賞与支払年月日（共通）	9. 令和 年 月 日	←1枚ずつ必ず記入してください。					
④ 賞与支払年月日（共通）	9. 令和 年 月 日	←1枚ずつ必ず記入してください。											
1	④ ⑤												
2	④ ⑤												
3	④ ⑤												
4	④ ⑤												
5	④ ⑤												
6	④ ⑤												
7	④ ⑤												
8	④ ⑤												
9	④ ⑤												
10	④ ⑤												

必ずマスキングして（消して）ください。

① 事業所整理番号

② 事業所番号

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

④ 被保険者氏名

⑤ 生年月日

※ 対象者については、④⑤以外の項目は、マスキングしてください。

※ 対象者以外の被保険者情報は、全てマスキングしてください。

※ 電子申請等の場合において公印がない場合は、公印なしで可

ねんきん定期便

[illegible][illegible]

※基礎年金番号はマスキングしてください。

社会保険料（国民年金保険料）控除証明書																																																																																																																																																																																				
料金後納郵便 		〒 〇 〇 〇 〇																																																																																																																																																																																		
親展																																																																																																																																																																																				
→社会保険料控除の申請の際には、この表を添付して用いてください。		被保険者氏名		①		納付状況の内訳 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">年 月</th> <th colspan="12" style="text-align: center;">納付対象月</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							年 月		納付対象月														1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																												
		年 月		納付対象月																																																																																																																																																																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																							
住所																																																																																																																																																																																				
令和6年中(令和6年1月1日から令和6年9月30日まで)に納付された国民年金保険料の額は、次のとおりであることを証明します。																																																																																																																																																																																				
証 明 日 令 和 6 年 1 0 月 1 日																																																																																																																																																																																				
歳入徴収官 厚生労働省年金局事業管理課長																																																																																																																																																																																				
印																																																																																																																																																																																				
【令和6年中の納付済保険料】																																																																																																																																																																																				
社会保険料控除（年末調整・確定申告）を申告される方へ																																																																																																																																																																																				
「③合計額」を申し出て下さい。 「③合計額」に記載がない方は、「③納付済額」を申告して下さい。 ⑩1月1日から12月31日までに、「納付状況の内訳」欄に「済」又は「見」が表示された納付対象月以外の保険料を納付した場合は、控除証明書に加えて領収証書を添付のうえ、合算して申告して下さい。																																																																																																																																																																																				
重要 開封前にもう一度あて名を確認ください 色入袋での郵送物が入った場合は、お手数ですが開封せず「誤配達」と記入し、郵便ポストに投函してください。		日本年金機構 Japan Pension Service 〒168-8505 東京都杉並区西戸山3丁目5番24号																																																																																																																																																																																		
		④納付済額 納付済保険料の証明額																																																																																																																																																																																		
		②見込額 10月1日から12月31日までに納付が見込まれる保険料額																																																																																																																																																																																		
③合計額 ①納付済額＋②見込額 (②見込額がある場合に表示) ⑤見込額																																																																																																																																																																																				
元金不明の場合の返還先 〒		令和6年1月1日から令和6年9月30日まで に納付した保険料です。 以下の場合は表示されません。 ・国民年金第1号被保険者ではない場合 ・令和7年3月末または令和8年3月末までの 保険料を前納している場合 ・令和6年4月から8月分の保険料に未納 期間がある場合（口座振替者・クレジット 納付者を除く） など 音声コード																																																																																																																																																																																		
		※上のマークは図の不由由な方のための音声コードです。																																																																																																																																																																																		

39

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
その他	雇用保険被保険者資格取得等確認通知書及び雇用保険被保険者証	41 ページ

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書及び雇用保険被保険者証

※下記のうち、いずれか 1 点

発行元（入手元）：公共職業安定所

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)			
センター 公共職業安定所		③ 公印	
被保険者番号 ① 0000-000000-0	確認（受理） 通知年月日 H000000	資格取得年月日 H000000	取得時被保険者種類 0 (〇〇〇 〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇〇 〇〇)
被保険者氏名 ② ケンセツ タロウ		生年月日 (元号一年月日) 0 000000 (〇〇 〇〇 〇〇 〇〇)	
事業所名略称 株式会社 ○○建設		転勤の年月日	

様式第 7 号 雇用保険被保険者証	
センター 公共職業安定所	
③ 公印	
被保険者番号 ① 0000-000000-0	
被保険者氏名 ② ケンセツ タロウ	生年月日 (元号一年月日) 0 000000 (〇〇 〇〇 〇〇 〇〇)

① 被保険者番号

② 氏名

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

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
建退共	建設業退職金共済手帳	43 ページ
中退共	中小企業退職金共済手帳	44 ページ

発行元（入手元）：建退共本部（独立行政法人勤労者退職金共済機構）



建設業
退職金共済手帳

被共済者
番 号

①

被共済者
氏 名

②

QR
コード

冊目-

証紙貼付実績

20円	日分
60円	日分
120円	日分
180円	日分
200円	日分
260円	日分
300円	日分
310円	日分
合計	

① 被共済者番号

② 氏名

発行元（入手元）：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

共済契約者の氏名または名称様

印

- ① 共済契約者番号
- ② 共催契約者の氏名または名称（事業者名称）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

退職金共済手帳（加入証明書も含む）の発行は、中退共に申込書が到着後、書類不備等が無い場合で1か月～1か月半程度かかります。

また、繁忙期（4月～7月）及び書類不備等がある場合は、1か月半以上かかる場合があります。

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
加入証明書	労災保険 特別加入証	46 ページ
	労災保険特別加入加入済確認証	47 ページ
	労災保険加入証明書（特別加入）（一人親方）	48 ページ
	労働者災害補償保険 特別加入証明書	49 ページ
	労働者災害補償保険 特別加入証明書（一人親方）	50 ページ
	労働者災害補償保険特別加入証明書（第一種）	51 ページ
申請書	労働者災害補償保険 特別加入申請書	52 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	53 ページ

発行元（入手元）：特別加入団体

加 入 証		No _____
事業所名称	① _____	
特別加入者名	② _____	
労働保険番号	③ _____	
〇〇〇〇〇〇	_____	
〇〇〇〇〇〇	_____	
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		 ④ 印
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 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労災保険特別加入加入済確認証

発行元（入手元）：労働保険事務組合（社会保険労務士が労働保険事務組合を運営している場合）

労災保険特別加入加入済確認証

① ○ ○ ○ ○ 殿

事業所名：○○○○○○○

② 労働保険番号：000000000000-000

整理番号：00000

有効期限：平成 00 年 00 月 00 日 ～ 平成 00 年 00 月 00 日

加入承認年月日：平成 00 年 00 月 00 日

加入団体：○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

公印 ③

担当社会保険労務士氏名：○○ ○○

電話：0 0 0 - 0 0 0 - 0 0 0 0

① 氏名

② 労働保険番号

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手元）：特別加入団体

[illegible]

- ① 労働保険番号
- ② 整理番号
- ③ 氏名（事業主名）
- ④ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手元）：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
特別加入者

③

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

④

印

- 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 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手元）：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	
ふりがな 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 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手元）：労働保険事務組合

労働者災害補償保険特別加入証明書（第一種）

1 特別加入者氏名 ①

2 事業所名

3 事業所所在地

4 労働保険番号 ②

5 加 入 期 間 平成 年 月 日 から
 平成 年 月 日 まで

上記の者は労働者災害補償保険に特別加入していることを証明します。

平成 年 月 日

労働保険事務組合

〇〇〇〇〇〇〇〇〇 労務センター
会長 〇 〇



- ① 氏名
- ② 労働保険番号
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労働者災害補償保険 特別加入申請書

発行元（入手元）：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
36211

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

※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ください。（職員が記載します。）

※受付年月日 9 令和
元号 年 月 日
1~9月31日 1~9月31日 1~9月31日

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

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	特 定 業 務 ・ 給 付 基 礎 日 額
フリガナ氏 名 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 () 生年月日 年 月 日	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	除染作業 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
フリガナ氏 名 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 () 生年月日 年 月 日	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	除染作業 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
フリガナ氏 名 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 () 生年月日 年 月 日	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	除染作業 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
フリガナ氏 名 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 () 生年月日 年 月 日	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	除染作業 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

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。
労働保険事務組合 名称
〒 - 電話 () -
主たる事務所の所在地
代表者の氏名 印
年 月 日

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。

年 月 日 労働局長 印

住所 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 名称（事業所名称）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届

発行元（入手元）：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
特別加入脱退申請書（中小事業主等及び一人親方等）

帳票種別

特別加入の承認に係る事業

府県管轄基幹番号枝番号

労働保険番号

①

事業の名称

②

※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ください。（職員が記載します。）

※受付年月日

9令和

元号

年

月

日

1～9日該当1～9月該当1～9日該当

事業場の所在地

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には、別紙に記載すること。

変更届の場合（特別加入者の変更）

特別加入者に関する事項の変更

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）

変更前

業務又は作業の内容

生年月日

変更後のフリガナ氏名

変更後

1 本人
3 役員
5 家族従事者

※整理番号

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）

変更前

業務又は作業の内容

生年月日

変更後のフリガナ氏名

変更後

1 本人
3 役員
5 家族従事者

※整理番号

特別加入者の異動

異動年月日

フリガナ氏名

生年月日

※整理番号

異動年月日

フリガナ氏名

生年月日

※整理番号

特別加入者の異動（新たに特別加入者になった者）

特別加入予定者

業務又は作業の具体的な内容

特定業務・給付基礎日額

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）

業務又は作業の具体的な内容

除染作業

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

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

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）

業務又は作業の具体的な内容

除染作業

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

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

変更決定を希望する日（変更届提出の翌日から起算して30日以内）

年

月

日

脱退申請の場合

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り記載すること。
*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

〒

住所

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）

電話（）

① 労働保険番号

② 名称（事業所名称）

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

53

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 改訂履歴

[illegible]

本冊子の作成にあたって、一部証明書類は、行政機関の公開資料を引用しております。各種申請書、届出の最新版については下記サイトをご参照ください。

- 健康保険 • 年金保険

日本年金機構H P <https://www.nenkin.go.jp/>

- 労働保険関係

厚生労働省H P <https://www.mhlw.go.jp/index.html>

お問い合わせにつきましては、
建設キャリアアップシステム
ホームページのお問い合わせ
フォームをご利用ください。

建設キャリアアップシステムホームページ

<https://www.ccus.jp/>