

社会保険等と個人情報を結びつける書類の発行場所・取得方法(例)

※以下書類は一例です。児童発達支援管理責任者が貴事業所の社会保険等に加入していることが分かる書類を提出してください。

【社会保険等に加入することで自動的に入手可能な書類】

1. 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書

- 発行場所(入手先)

ハローワーク(公共職業安定所)

- 取得・受取方法

事業主(会社)がハローワークへ「雇用保険被保険者資格取得届」を提出した際、ハローワークより発行され、会社を経由して労働者本人へ交付されます。通知書の右側部分は「雇用保険被保険者証」となっており、切り離して保管・使用します。(紛失時はハローワーク窓口で本人が再発行可能です。)

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)				様式第7号 雇用保険被保険者証	
個人番号登録あり		札幌	公共職業安定所	札幌 公共職業安定所	
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	被保険者番号	
			1 又は 2 又は 11 一般 高年齢 短期 高年齢(65歳以上)		
被保険者氏名	生年月日 (元号一年月日)			被保険者氏名	生年月日 (元号一年月日)
			2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和		2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和
事業所名略称	転勤の年月日				
2020. 1				2020. 1	

2. 健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書

(健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬改定通知書)

- 発行場所(入手先)
日本年金機構(年金事務所)
- 取得・受取方法
毎年7月の定時決定(算定基礎届)や、給与変動時の随時改定(報酬月額変更届)の処理完了後、日本年金機構から事業主(会社)あてに郵送にて送付されます。

000-0000

大阪市・・・・
〇-〇-〇
株式会社・・・・
〇〇〇〇 様

健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書

事業所整理記号：・・・
事業所番号：・・・

被保険者 整理番号	被保険者氏名	※1 適用年月	決定後の標準報酬月額		※1 生年月日	※2 種別
			(健保)	(厚生)		
1	氏名	R	千円	千円		第一種

※1 元号 S：昭和 H：平成 R：令和
※2 種別 第一種：男性 第二種：女性 第三種：坑内員 特例第一種：男性（基金加入） 特例第二種：女性（基金加入）
特例第三種：坑内員（基金加入）
上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。

令和 年 月 日
日本年金機構理事長
(大手前年金事務所)

イメージ

通知書は、処理が完了した方から順次発送しております。すでにご提出済みの方が今回の通知書に含まれていない場合、処理が完了次第、送付いたします。

【申請することで入手可能な書類】

1. 雇用保険被保険者資格取得届出確認照会回答書

- 発行場所(入手先)

照会票をハローワークの窓口、または厚生労働省・ハローワーク公式 Web サイト(様式ダウンロード)にて入手後、申請。

- 取得・受取方法

労働者本人が「自身の雇用保険加入状況や過去の加入履歴」を確認(照会)するために使用する申請様式です。必要事項を記入し、本人確認書類を添えてハローワーク窓口へ提出すると「回答書」が交付されます。

交付 令和 年 月 日

雇用保険被保険者資格取得届出確認照会回答書

被 保 険 者 番 号	氏 名	
被 保 険 者 区 分	生 年 月 日	照 会 処 理 年 月 日
事 業 所 番 号	資 格 取 得 年 月 日	離 職 年 月 日
事 業 所 の 名 称		
通 知 内 容		

2. 雇用保険適用事業所情報提供請求書

- 発行場所(入手先)

各都道府県労働局・ハローワーク公式 Web サイト(様式ダウンロード)、またはハローワーク窓口

- 取得・受取方法

事業主(または代理人の社会保険労務士等)が、自社の雇用保険設置状況や加入者一覧(適用事業所台帳)の開示を求める際に作成する請求書です。管轄のハローワークへ提出して手続きを行います。請求内容に応じ、適用事業所台帳の写しが発行されます。

3. 適用事業所関係事項確認(申請)書

- 発行場所(入手先)

日本年金機構公式 Web サイト(様式ダウンロード)、または年金事務所窓口

- 取得・受取方法

事業所が健康保険・厚生年金保険の適用を受けていることや、事業所整理記号・番号等の登録内容について年金事務所から証明を受けるための申請書です。管轄の年金事務所へ提出すると、確認印が押印された文書が交付されます。

健康保険 適用事業所関係事項確認(申請)書 厚生年金保険														
申 請 書	1. 申請者													
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">事業所整理記号</td> <td style="width: 50%;">事業所番号</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	事業所整理記号	事業所番号											
	事業所整理記号	事業所番号												
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">事業所名称</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>事業所所在地</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>事業主氏名</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>雇 員 数</td> <td> </td> </tr> </table>	事業所名称		事業所所在地		事業主氏名		雇 員 数						
	事業所名称													
	事業所所在地													
	事業主氏名													
	雇 員 数													
	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・新設適用年月日 イ・新設従業員数 ウ・その他														
社会保険労務士監印欄														
年 金 事 務 所 用	令和 年 月 日													
	上記適用事業所の確認申請事項について、下記のとおり照会いたしました。													
	年金事務所長 印													
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">ア・新設適用年月日</td> <td style="width: 10%;">昭和 年 月 日</td> <td style="width: 10%;">平成 年 月 日</td> <td style="width: 40%;">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>イ・新設従業員数</td> <td colspan="3">人</td> </tr> <tr> <td>ウ・その他</td> <td colspan="3"> </td> </tr> </table>		ア・新設適用年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	イ・新設従業員数	人			ウ・その他			
	ア・新設適用年月日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	令和 年 月 日										
	イ・新設従業員数	人												
	ウ・その他													
	※ 社会保険労務士の場合は、登録の健康保険を注目のうえ申請してください。													