

 **奉行**
労務管理クラウド

出力帳票サンプル集

出力帳票一覧

入社の手続き

帳票名	帳票PDF	電子申請	ページ
給与所得者の扶養控除等（異動）申告書	○	－	P4
健康保険・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	○	○	P5
健康保険被扶養者（異動）届／国民年金第3号被保険者関係届	○	○	P6
厚生年金保険 被保険者ローマ字氏名届	○	－	P7
国民年金第3号被保険者ローマ字氏名届	○	－	P8
雇用保険被保険者資格取得届	○	○	P9
外国人雇用状況届出書	○	－	P10

住所変更の手続き

帳票名	帳票PDF	電子申請	ページ
健康保険・厚生年金保険 被保険者住所変更届／ 国民年金第3号被保険者住所変更届	○	－	P11

氏名変更の手続き

帳票名	帳票PDF	電子申請	ページ
健康保険・厚生年金保険 被保険者氏名変更（訂正）届	○	○	P12
厚生年金保険被保険者ローマ字氏名届	○	－	P8
雇用保険被保険者氏名変更届	○	○	P13

扶養家族追加の手続き

帳票名	帳票PDF	電子申請	ページ
給与所得者の扶養控除等（異動）申告書	○	－	P4
健康保険被扶養者（異動）届／国民年金第3号被保険者関係届	○	○	P6
国民年金第3号被保険者ローマ字氏名届	○	－	P8

扶養家族削除の手続き

帳票名	印刷	電子申請	ページ
給与所得者の扶養控除等（異動）申告書	○	－	P4
健康保険被扶養者（異動）届／国民年金第3号被保険者関係届	○	○	P6

出力帳票一覧

退職の手続き

帳票名	帳票PDF	電子申請	ページ
健康保険・厚生年金保険 被保険者資格喪失届/ 厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届	○	○	P14
雇用保険 被保険者資格喪失届	○	○	P15
雇用保険 被保険者離職証明書	△ ※転記資料	○	P16
外国人雇用状況届出書	○	—	P10

出産に伴う休業の手続き

帳票名	帳票PDF	電子申請	ページ
健康保険・厚生年金保険 産前産後休業取得者申出書	○	—	P17
健康保険・厚生年金保険 産前産後休業取得者変更（終了）届	○	—	P17
健康保険・厚生年金保険 育児休業等取得者申出書（新規・延長）	○	—	P18
健康保険・厚生年金保険 育児休業等取得者終了届	○	—	P18
雇用保険 育児休業給付受給資格確認票・ （初回）育児休業給付金支給申請書	○	○	P19
雇用保険 被保険者休業開始時賃金月額証明書	△ ※転記資料	○	P20
雇用保険 育児休業給付金支給申請書	△ ※転記資料	○	P21

育児に伴う休業の手続き

帳票名	印刷	電子申請	ページ
健康保険・厚生年金保険 育児休業等取得者申出書（新規・延長）	○	—	P18
健康保険・厚生年金保険 育児休業等取得者終了届	○	—	P18
雇用保険 育児休業給付受給資格確認票・ （初回）育児休業給付金支給申請書	○	○	P19
雇用保険 被保険者休業開始時賃金月額証明書	△ ※転記資料	○	P20
雇用保険 育児休業給付金支給申請書	△ ※転記資料	○	P21

給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

添票 PDF
電子申請

◆手続き：入社／扶養家族の追加／扶養家族削除

平成31年（2019年）分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書

あなたの氏名：山田 一郎
あなたの生年月日：7 年 5 月 5 日
あなたの住所：東京都新宿区戸山2-13-8 ロイヤルパークマンション805
あなたの電話番号：111-0100

あなたのお勤め先：OBC商事株式会社
あなたの支払者の名称（氏名）：山田 一郎
あなたの支払者の法人（個人）番号：9 0

あなたの住所又は居住地（住所）：東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オータワー

あなたの配偶者の氏名：山田 洋子
あなたの個人番号：2 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

あなたの勤め先の住所又は所在地（住所）：〒162-0052
あなたの勤め先の電話番号：162-0052

あなたの収入等の内訳（16歳未満の子供がいない場合は「扶養控除対象扶養親族」を記入してください。）

区分	氏名	生年月日	あなたとの続柄	個人番号	所得の種別	金額	備考
A	山田 洋子	昭・大 26・4・8	妻	明・大 昭・平	専業主婦	350,000円	本人扶養親族 (昭25.1.1以前生)
B					勤労学生		勤労学生 (昭25.1.1以後生)

あなたの収入等の内訳（16歳未満の子供がいない場合は「扶養控除対象扶養親族」を記入してください。）

区分	氏名	生年月日	あなたとの続柄	個人番号	所得の種別	金額	備考
					勤労学生		勤労学生 (昭25.1.1以後生)

あなたの収入等の内訳（16歳未満の子供がいない場合は「扶養控除対象扶養親族」を記入してください。）

区分	氏名	生年月日	あなたとの続柄	個人番号	所得の種別	金額	備考
					勤労学生		勤労学生 (昭25.1.1以後生)

あなたの所得者控除を受ける他の所得者

氏名	生年月日	住所又は居所	居所又は居所	異動月日及び事由

あなたの扶養親族の扶養控除を受ける他の所得者

氏名	生年月日	住所又は居所	居所又は居所	異動月日及び事由
山田 陽介	昭・大 29・6・2	本人の住所又は居所と同じ	除除対象外 型別扶養親族 中の所得の見直し	0円



この申告書は、あなたの給与について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するものです。

この申告書は、源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族に該当する人がいない人も提出する必要があります。

この申告書は、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、そのうちの1か所にしき提出することができます。

16歳未満の扶養親族：額は、地方税法第4条の3の2第1項及び第2項並びに第317条の3の2第1項及び第2項に基づき、給与の支払者を経由して市区町村長に提出しなければならぬとされている

給与所得者の扶養親族申告書の記載欄を兼ねています。

健康保険・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

帳票 PDF	電子 申請
○	○

◆手続き：入社

様式コード
2200

健康保険 被保険者資格取得届 厚生年金保険 厚生年金保険 70歳以上被用者該当届



令和 年 月 日 提出

事業所 整理番号	5 5 - W 2 S F	事業所 番号	1 2 3 4 5
提出者記入欄	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 163 - 6032 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー 事業所名 OBC商事株式会社 事業主名 代表取締役社長 山口 和夫 電話番号 03 (3342) 1880		

社会保険労務士記載欄

氏名等

受付印

① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) ヤマダ (名) イチロウ 山田 一郎	③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	0 7 0 5 0 5	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 個 人 番 号 [基礎 年金 番号]	⑦ 取 得 年 月 日	9.令和	0 2 0 4 0 1	⑧ 扶 養	0.無 ①.有
⑨ 報 酬 月 額	⑩ (通貨) 300,000 円 ⑪ (現物) 3 0 0 0 0 0 0 円	⑫ 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 []			
⑬ 住 所	日本年金機構に提出する際、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)					理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []

① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (名)	③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和		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 個 人 番 号 [基礎 年金 番号]	⑦ 取 得 年 月 日	9.令和		⑧ 扶 養	0.無 1.有
⑨ 報 酬 月 額	⑩ (通貨) 円 ⑪ (現物) 円	⑫ 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 []			
⑬ 住 所	日本年金機構に提出する際、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)					理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []

① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (名)	③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和		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 個 人 番 号 [基礎 年金 番号]	⑦ 取 得 年 月 日	9.令和		⑧ 扶 養	0.無 1.有
⑨ 報 酬 月 額	⑩ (通貨) 円 ⑪ (現物) 円	⑫ 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 []			
⑬ 住 所	日本年金機構に提出する際、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)					理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []

① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (名)	③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和		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 個 人 番 号 [基礎 年金 番号]	⑦ 取 得 年 月 日	9.令和		⑧ 扶 養	0.無 1.有
⑨ 報 酬 月 額	⑩ (通貨) 円 ⑪ (現物) 円	⑫ 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 []			
⑬ 住 所	日本年金機構に提出する際、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)					理由： 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []

協会けんぽご加入の事業所様へ
 ※ 70歳以上被用者該当届のみ提出の場合は、「⑩備考」欄の「1. 70歳以上被用者該当」および「5. その他」に○をし、「5. その他」の「[]」内に「該当届のみ」とご記入ください(この場合、健康保険被保険者証の発行はありません)。

健康保険被扶養者（異動）届／国民年金第3号被保険者関係届

帳票 PDF
 電子申請

◆手続き：入社／扶養家族の追加／扶養家族削除

様式コード 2202
 協会管掌事業所用
 健康保険 被扶養者（異動）届
 国民年金 第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

事業所 整理記号 5 5 - W 2 S F
 事業所所在地 〒163 - 6032 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー
 事業所名称 OBC商事株式会社
 事業主氏名 代表取締役社長 山口 和夫
 電話番号 03 (3342) 1880

事業主確認欄
 氏名等

受付印

厚生年金被保険者の配偶者にかかる届出記載がある場合、同時に『国民年金第3号被保険者関係届』として受理し、配偶者を第3号被保険者に、第2号被保険者を配偶者として読み替えます。

事業主が確認した場合に「確認」収入に関する証明の届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。

事業主等受付年月日 令和 年 月 日

A. 被保険者欄

① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) ヤマダ イチロウ (名) 山田 一郎	③ 生年月日 5. 昭和 07 年 05 月 05 日 ④ 性別 ① 男 2. 女
⑤ 取得年月日 5. 昭和 02 年 04 月 01 日	⑥ 収入 (年収) 5,000,000 円	⑦ 個人番号 (基礎年金番号) 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
⑧ 住所	⑨ 備考	

配偶者が被扶養者(第3号被保険者)になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」、変更の場合は「変更」を○で囲んでください。届出意思確認済み
 ※事業主が、認定を受ける方の続柄を裏面(a)の書類で確認した場合は、B欄⑨(又はC欄⑨)の「続柄確認済み」の口に✓を付してください。(添付書類については裏面(a)(b)参照)

B. 配偶者である被扶養者欄

① 第3号被保険者に関する、この届書記載のとおり届出します。	② 生年月日 5. 昭和 02 年 04 月 08 日 ④ 性別 ① 夫 3. 夫(未婚) ② 妻 4. 妻(未婚)
③ 氏名 (フリガナ) ヤマダ ヨウコ (名) 山田 洋子	⑤ 個人番号 (基礎年金番号) 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
⑥ 住所 〒162 - 0082 別居 東京都新宿区戸山2-13-8ロイヤルパークマンション805	⑦ 電話番号 1. 自宅 ② 携帯 3. 勤務先 4. その他 090 (0000) 0001
⑧ 就業 1. 無職 4. その他 ⑨ 収入 (年収) 1,000,000 円	⑩ 備考
⑪ 理由 1. 死亡 2. 離婚 3. 就業・収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他	⑫ 備考

⑬ 被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。 配偶者の収入(年収) 円

配偶者以外の方が被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」、変更の場合は「変更」を○で囲んでください。

C. その他の被扶養者欄 1

① 氏名 (フリガナ) ヤマダ ヨウスケ (名) 山田 陽介	② 生年月日 5. 昭和 29 年 06 月 02 日 ④ 性別 ① 男 2. 女
③ 個人番号 3 3 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	⑤ 住所 ① 同居 2. 別居()
⑥ 就業 1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他()	⑦ 収入 (年収) 0 円
⑧ 理由 1. 死亡 2. 就業・収入増加 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. 障害認定 6. その他()	⑨ 備考

C. その他の被扶養者欄 2

① 氏名 (フリガナ) (名)	② 生年月日 5. 昭和 年 月 日 ④ 性別 1. 男 2. 女
③ 個人番号	⑤ 住所 1. 同居 2. 別居()
⑥ 就業 1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他()	⑦ 収入 (年収) 円
⑧ 理由 1. 出生 2. 離婚 3. 収入減() 4. 同居 5. その他()	⑨ 備考

C. その他の被扶養者欄 3

① 氏名 (フリガナ) (名)	② 生年月日 5. 昭和 年 月 日 ④ 性別 1. 男 2. 女
③ 個人番号	⑤ 住所 1. 同居 2. 別居()
⑥ 就業 1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 小・中学生以下 5. 高・大学生(年生) 6. その他()	⑦ 収入 (年収) 円
⑧ 理由 1. 出生 2. 離婚 3. 収入減() 4. 同居 5. その他()	⑨ 備考

被扶養者の「該当」と「非該当(変更)」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」、「変更」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)

申立の事実と相違ありません。 氏名

厚生年金保険 被保険者ローマ字氏名届

◆手続き：入社／氏名変更

書類 PDF	電子 申請
○	—

72073

グループ長 課長	担当者

厚生年金保険被保険者 ローマ字氏名届

年金手帳の基礎年金番号		生年月日(西暦)		性別	住民票の有無														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	9	9	0	0	2	0	2	① 男 2 女	1 無 ② 有

被保険者氏名

(フリガナ)	ホン ギルトン
(ローマ字)	HONG KILDONG

※「漢字氏名」「通称名」をお持ちの方は、下記の欄に記入してください(記入は任意です)。

(フリガナ)	コウ	(フリガナ)	キツドウ
(漢字)	洪	(漢)	吉童
(フリガナ)		(漢)	

※当該被保険者がローマ字氏名をお持ちでない場合は、その理由をチエック(√)してください。

理由 大欄	<input type="checkbox"/> 短期在留者であるため <input type="checkbox"/> 海外に住所を有している者であるため <input type="checkbox"/> 在留カード(または特別永住者証明書)にローマ字氏名が記載されていないため <input type="checkbox"/> その他 理由()
----------	--

【記入上の注意】

- 1 「住民票の有無」欄は、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 フリガナは、被保険者資格取得届に記入したものと同一フリガナを記入してください。
- 3 ローマ字氏名は、在留カード若しくは特別永住者証明書又は住民票に記載されているローマ字氏名を大文字で記入してください。なお、ローマ字氏名をお持ちでない方については、「ローマ字氏名欄」に被保険者資格取得届等に記載したカナ氏名を記入のうえ、「理由記入欄」にその理由を記入してください。
- 4 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

事業所所在地	〒 163 - 6032 東京都新宿区西新宿 6-8-1 住友不動産新宿オークタワー	令和 年 月 日 提出
事業所名称	OBC商事株式会社	
事業主氏名	代表取締役社長 山口 和夫	⑤
電話番号	(03) 3342 - 1880	

社会保険労務士の提出代行者印	
⑤	

年金事務所印
事務センター印

国民年金第3号被保険者 ローマ字氏名届

帳票 PDF	電子 申請
○	—

◆手続き：入社／扶養家族追加

72074	担当者
グループ長 課長	

国民年金第3号被保険者 ローマ字氏名届

年金手帳の基礎年金番号		生年月日(西暦)			性別	住民票の有無								
1	1	2	3	4	5	1	9	0	0	2	0	2	1	無
														② 有

被保険者氏名

氏名(ローマ字)	チャン ユーリン ZHANG YULIAN
----------	--------------------------

※「漢字氏名」「通称名」をお持ちの方は、下記の欄に記入してください(記入は任意です)。

漢字氏名(氏)	張
通称名(氏)	玉連
漢字氏名(姓)	ギョクレン

※ローマ字氏名をお持ちでない場合は、その理由をチェック(√)してください。

理由(氏名)	<input type="checkbox"/> 短期在留者であるため <input type="checkbox"/> 海外に住所を有している者であるため <input type="checkbox"/> 在留カード(または特別永住者証明書)にローマ字氏名が記載されていないため <input type="checkbox"/> その他 理由()
--------	--

【記入上の注意】

- 1 「住民票の有無」欄は、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 フリガナは、被保険者資格取得届に記入したものと同じフリガナを記入してください。
- 3 ローマ字氏名は、在留カード若しくは特別永住者証明書又は住民票に記載されているローマ字氏名を大文字で記入してください。なお、ローマ字氏名をお持ちでない方については、「ローマ字氏名欄」に被保険者資格取得届等に記載したカナ氏名を記入のうえ、「理由記入欄」にその理由を記入してください。
- 4 ご本人が自ら署名(自筆)される場合には、押印は不要です。

第3号被保険者住所	〒 120 - 0001 東京都足立区大谷田1-15-2
第3号被保険者氏名	チャン ユーリン
電話番号	(03) 0000 - 1111

年金事務所印 / 事務センター印

雇用保険被保険者資格取得届

帳票 PDF 電子申請

◆手続き：入社

○ ○

様式第2号

雇用保険被保険者資格取得届

標準字体

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

帳票種別

1. 個人番号

2. 被保険者番号

3. 取得区分

(1 新規
2 再取得)

4. 被保険者氏名

山田 一郎

フリガナ (カタカナ)

ヤマダ イチロウ

5. 変更後の氏名

フリガナ (カタカナ)

6. 性別

(1 男
2 女)

7. 生年月日

(2 大正
3 昭和
4 平成
5 令和)

8. 事業所番号

9. 被保険者となったこと
の原因

- 1 新規 / 新規
雇用 / 学卒
- 2 新規 (その他)
雇用
- 3 日雇からの切替
- 4 その他
- 8 出向元への復帰等
(65歳以上)

10. 賃金 (支払の態様 - 賃金月額: 単位千円)

(1 月給 2 週給 3 日給
4 時間給 5 その他)

11. 資格取得年月日

(4 平成
5 令和)

12. 雇用形態

(1 日雇
2 派遣
3 パートタイム
4 有期契約
5 季節労働者
6 船員
7 その他)

13. 職種

(01~11)
第2面
参照

14. 就職経路

(1 安定所紹介
2 自己就職
3 民間紹介
4 把握していない)

15. 1週間の所定労働時間

時間 分

16. 契約期間の
定め

1 有 契約期間 から まで
元号 年 月 日 元号 年 月 日
契約更新条項の有無 (1 有
2 無) (4 平成 5 令和)

2 無

事業所名

備考

17欄から22欄までは、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

17. 被保険者氏名 (ローマ字) (アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名 (続き (ローマ字))

18. 国籍・地域

()

19. 在留資格

()

20. 在留期間

21. 資格外活動
許可の有無 (1 有
2 無)

22. 派遣・請負
就労区分 (1 派遣・請負労働者として
主として当該事業所以外
で就労する場合
2 該当しない場合)

23. 取得時被保険者種類

(1 一般
2 短期常勤
3 季節
11 高齢被保険者 (65歳以上))

24. 番号複数取得チェック不要

(チェック・リストが
出力されたが、調査の
結果、同一人でなかった
場合に「1」を記入。)

25. 国籍・地域コード

(18欄に対応
するコードを
記入)

26. 在留資格コード

(19欄に対応
するコードを
記入)

※公共職業安定所欄

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により上記のとおり届けます。

住 所 東京都新宿区西新宿 6-8-1

令和 年 月 日

住友不動産新宿オクタワ-

事業主 氏 名 OBC商事株式会社

記名押印又は署名
印

代表取締役社長 山口 和夫

新宿 公共職業安定所長 殿

電話番号 03-3342-1880

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行名・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

※	所	次	課	係	係	操作者

※
備考
確認通知 令和 年 月 日

外国人雇用状況届出書

帳票
PDF

電子
申請

◆手続き：入社／退職

○

—

様式第3号（第10条関係）（表面）

雇 入 れ
に係る外国人雇用状況届出書
離 職

フリガナ（カタカナ）	姓 チヨダ	名 ジェニファー	ヨウコ
①外国人の氏名 （ローマ字）	CHIYODA	JENNIFER	MIDORNEE YOKO
②①の者の在留資格	留学	③①の者の在留期間 （期限） （西暦）	2022年3月31日 まで
④①の者の生年月日 （西暦）	1990年2月2日	⑤①の者の性別	1男・②女
⑥①の者の国籍・地域	アメリカ合衆国	⑦①の者の資格外 活動許可の有無	①有・2無

雇入れ年月日（西暦） 2020年4月1日 離職年月日（西暦） 年 月 日
年 月 日 年 月 日
年 月 日 年 月 日

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則第10条第3項の規定により上記のとおり届けます。

年 月 日

事業主	雇入れ又は離職に係る事業所	雇用保険適用事業所番号 1234-567890-1
	事業所の名称、所在地、電話番号等	①の者が主として支配以外の事業所で就労する場合 （名称） OBC商事株式会社 （所在地） 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー 主たる事務所 （名称） （所在地） TEL 03-3342-1880
氏名	代表取締役社長 山口 和夫	印

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名
		印

新宿
公共職業安定所長 殿

健康保険・厚生年金保険 被保険者住所変更届 / 国民年金第3号被保険者住所変更届

帳票 PDF	電子申請
○	—

◆手続き：住所変更

様式コード 2 2 1 8 届書コード 2 1 8		健康保険 被保険者住所変更届 厚生年金保険 被保険者住所変更届										事務センター長 事務センター長 グループ長 担当者																																																
① 事業所整理記号 W 2 S F 12345												② 被保険者整理番号 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												③ 個人番号(または基礎年金番号) 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												ア 被保険者の氏名 (フリガナ) ヤマダ イチロウ (氏) 山田 (名) 一朗												④ 生年月日 5 昭和 0 平成 7 令和 0 5 0 5				送								
変更後 ⑤ 郵便番号 1 5 6 0 0 5 2												住所 (フリガナ) トウキョウトセタガヤクキョウドウ 東京 世田谷区経堂3-3-5												変更前 住所 東京 新宿区戸山2-13-8ロイヤルパークマンション805												変更年月日 令和 0 2 0 4 0 1												ウ	備考 <input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 ^{注1} <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()											
被保険者と配偶者が同住所の場合は⑨～⑫欄への記入は不要です。 同居の場合は、下記の口欄に「レ」等のしるしを付してください。 ^{注2} (☑被保険者と配偶者は同居している。)												被扶養配偶者の住所変更欄												⑥ 個人番号(または基礎年金番号) 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												⑦ 生年月日 5 昭和 0 平成 6 令和 0 6 0 4 0 8												⑧ 配偶者氏名 (フリガナ) ヤマダ ヨウコ (氏) 山田 (名) 洋子												送
変更後 ⑨ 郵便番号 ※ 住所コード 都 道 府 県												住 所 (フリガナ) 都 道 府 県												⑩ 住所変更年月日 令和 9												送																								
変更前 ⑫ 住所 都 道 府 県												備考 <input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 ^{注1} <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()												日本年金機構 令和 年 月 日提出																																				
被保険者の個人番号に誤りがないことを確認しました。 (事業主等) 163-6032 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー 事業所等名称 OBC商事株式会社 事業主等氏名 代表取締役社長 山口 和夫 印 電 話 03-3342-1880												社会保険労務士記載欄 氏名等 印												日本年金機構																																				

様式コード 4 3 0 1 届書コード 1 同一市区町村内 2 同一市区町村外		国民年金第3号被保険者住所変更届										事務センター長 事務センター長 グループ長 担当者																																																
※ 事業所整理記号 W 2 S F 12345												※ 被保険者整理番号 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												ア 個人番号(または基礎年金番号) 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												イ 被保険者の氏名 (フリガナ) ヤマダ イチロウ (氏) 山田 (名) 一朗												生年月日 5 昭和 0 平成 7 令和 0 7 0 5 0 5				送								
変更後 郵便番号 1 5 6 0 0 5 2												住所 (フリガナ) トウキョウトセタガヤクキョウドウ 東京 世田谷区経堂3-3-5												変更前 住所 東京 新宿区戸山2-13-8ロイヤルパークマンション805												変更年月日 令和 0 2 0 4 0 1												ウ	備考 <input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 ^{注1} <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()											
被保険者と配偶者が同住所の場合は④～⑦欄への記入は不要です。 同居の場合は、下記の口欄に「レ」等のしるしを付してください。 ^{注2} (☑被保険者と配偶者は同居している。)												被保険者欄												① 個人番号(または基礎年金番号) 2 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0												② 生年月日 5 昭和 0 平成 6 令和 0 6 0 4 0 8												③ 被保険者氏名 (フリガナ) ヤマダ ヨウコ (氏) 山田 (名) 洋子												送
変更後 ④ 郵便番号 ※ 住所コード 都 道 府 県												住 所 (フリガナ) 都 道 府 県												⑤ 住所変更年月日 令和 9												送																								
変更前 ⑦ 住所 都 道 府 県												備考 <input type="checkbox"/> 短期在留 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 ^{注1} <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他()												日本年金機構 令和 年 月 日提出																																				
届出人の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 (事業主等) 163-6032 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー 事業所等名称 OBC商事株式会社 事業主等氏名 代表取締役社長 山口 和夫 印 電 話 03-3342-1880												上記のとおり被保険者から第3号関係届の届出がありましたので提出します。 (医療保険者等) 所在地 氏名 氏名 印 電 話 電話												国民年金第3号被保険者住所変更届の記載のとおり届出します。 届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します 日本年金機構理事長 あり 令和 年 月 日提出 届出 住 所 156-0052 東京都世田谷区経堂 3-3-5 印 氏 名 山田 洋子 印 電話番号 (本人が自署した場合押印は不要です。)																																				

健康保険・厚生年金保険 被保険者氏名変更 (訂正) 届

帳票 PDF

電子申請

◆手続き：氏名変更

様式コード
2 2 0 7
届書コード
2 0 7

健康保険 被保険者氏名変更(訂正)届

事務所長	副事務所長	グループ長	担当 者
所長	副所長	課長	

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	③ 個人番号(または基礎年金番号)	④ 生年月日	⑦ 種別(性別)
5 5 W 2 S F	1 2 3 4 5	1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	年 月 日 0 2 0 2 0 2	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
⑤ 被保険者の氏名(変更後)	山田 ヤマダ	④ 変更前の氏名	いずみ	⑧ 備考
	いずみ イズミ	小川		⑨ 健康保険被 保険者証不要 ※ 要・0 不要・1

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 163 - 6032 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー
事業所名称	OB C 商事株式会社
事業主氏名	代表取締役社長 山口 和夫
電話	03 (3342 局) 1880 番

受付日付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

健康保険・厚生年金保険 被保険者資格喪失届／
厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届

帳票 PDF	電子 申請
○	○

◆手続き：退職

様式コード
2 2 0 1

健康保険 被保険者資格喪失届
厚生年金保険
厚生年金保険 70歳以上被用者不該当届



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理番号	5	1	W	2	S	F	事業所番号	1	2	3	4	5
	事業所所在地	〒163-6032 東京都新宿区西新宿6-8-1 住友不動産新宿オークタワー											
	事業所名称	〇BC商事株式会社											
	事業主氏名	代表取締役社長 山口 和夫											
	電話番号	03 (3342) 1880											

在職中に70歳に到達された方の
厚生年金保険被保険者喪失届
は、この用紙ではなく『70歳到達
届』を提出してください。

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号	12345	② 氏名 (フリガナ)	ヤマダ	(名)	イチロウ	③ 生年月日	令和 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	7	0	5	0	5	
	④ 個人番号 [基礎番号]	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	⑤ 喪失年月日	9.令和	0	3	0	4	0	1	⑥ 喪失不該当原因	④ 退職等 (令和 3 年 3 月 31 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失)						
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []				保険証回収	添付 3 枚 返不能 0 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日							
被保険者2	① 被保険者整理番号		② 氏名 (フリガナ)		(名)		③ 生年月日	令和 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和							
	④ 個人番号 [基礎番号]															
	⑤ 喪失年月日	9.令和							⑥ 喪失不該当原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失)						
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []				保険証回収	添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日							
被保険者3	① 被保険者整理番号		② 氏名 (フリガナ)		(名)		③ 生年月日	令和 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和							
	④ 個人番号 [基礎番号]															
	⑤ 喪失年月日	9.令和							⑥ 喪失不該当原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失)						
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []				保険証回収	添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日							
被保険者4	① 被保険者整理番号		② 氏名 (フリガナ)		(名)		③ 生年月日	令和 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和							
	④ 個人番号 [基礎番号]															
	⑤ 喪失年月日	9.令和							⑥ 喪失不該当原因	4. 退職等 (令和 年 月 日退職等) 5. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 7. 75歳到達 (健康保険のみ喪失) 9. 障害認定 (健康保険のみ喪失)						
	⑦ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の喪失 3. その他 2. 退職後の継続再雇用者の喪失 []				保険証回収	添付 枚 返不能 枚	⑧ 70歳不該当	<input type="checkbox"/> 70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9.令和 年 月 日							

雇用保険 被保険者資格喪失届

帳票 PDF 電子申請

◆手続き：退職

○ ○

様式第4号 (移行処理用)

雇用保険被保険者 資格喪失届 氏名変更届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 帳票種別

1 5 1 9
0 氏名変更届
1 資格喪失届

1. 個人番号

1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

2. 被保険者番号

5 8 6 2 - 5 1 0 8 2 5 - 7 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 - 1

3. 事業所番号

4. 資格取得年月日

5 - 0 2 0 4 0 1 (昭和 平成 令和)

5. 離職等年月日

5 - 0 3 0 3 3 1

6. 喪失原因

2 (1 離職以外の理由
2 3以外の離職
3 事業主の都合による離職)

7. 離職票交付希望

1 (1 有
2 無)

8. 1週間の所定労働時間

3 8 0 0
時間 分

9. 補充採用予定の有無

(空白 無)
1 有

10. 新氏名

フリガナ(カタカナ)

※ 公共職業安定所

11. 喪失時被保険者種類

(3 季節)

12. 国籍・地域コード

(17欄に対応するコードを記入)

13. 在留資格コード

(18欄に対応するコードを記入)

14. 被保険者氏名(ローマ字)または新氏名(ローマ字)(アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名(ローマ字)または新氏名(ローマ字)【続き】

15. 在留期間

西暦 年 月 日 まで

16. 派遣・請負
就労区分

1 派遣・請負労働者として
主として当該事業場以外
で就労していた場合
2 1に該当しない場合

17. 国籍・地域

()

18. 在留資格

()

19. (フリガナ)	ヤマダ 一郎	20. 性別	21. 生年月日
被保険者氏名	山田 一郎	男・女	(大正 昭和 平成 令和) 7 年 5 月 5 日
22. 被保険者の住所又は居所	東京都世田谷区経堂3-3-5		
23. 事業所名称	OBC商事株式会社	24. 氏名変更年月日	令和 年 月 日
25. 被保険者でなくなったことの原因	本人から転職の申し出があったため		

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所 東京都新宿区西新宿6-8-1
住友不動産新宿オークタワー

事業主氏名 OBC商事株式会社
代表取締役社長 山口 和夫

記名押印又は署名
印

新宿 公共職業安定所長 殿

電話番号 03-3342-1880

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行・事務代理者の兼任	氏名	電話番号	安定所 備考欄
		印		

※ 所長	次長	課長	係長	係	操作者
------	----	----	----	---	-----

確認通知年月日
令和 年 月 日

雇用保険 被保険者離職証明書 ※転記資料

帳票 PDF

電子申請

◆手続き：退職

△

○

雇用保険被保険者離職証明書 ※転記資料

① 被保険者番号	518161215108121517	③ フリガナ	ヤマダ 一朗	④ 離職年月日	令和 3 年 3 月 31 日
② 東京労働区番号	112314156178191011	⑤ 被保険者氏名	山田 一朗	⑥ 東京労働区	3-3-5
名称 OBC商事株式会社 東京都新宿区西新宿6-8-1 東京都新宿区西新宿6-8-1 住所 東京都新宿区西新宿6-8-1 電話番号 03-3342-1880 電話番号 (03) 4657 - 4654			東京都世田谷区経堂3-3-5 住所 東京都世田谷区経堂3-3-5 電話番号 (03) 4657 - 4654		
事業主 和夫 氏名 山口 和夫			⑦ 離職日 令和 3 年 3 月 31 日 (交付番号)		

⑩ 離職日	⑪ 離職期間	⑫ 賃金		⑬ 備考
		⑫(A)	⑫(B)	
3月1日～離職日	3月1日～離職日	200,000	200,000	計
2月1日～2月28日	2月1日～2月28日	200,000	200,000	
1月1日～1月31日	1月1日～1月31日	200,000	200,000	
12月1日～12月31日	12月1日～12月31日	200,000	200,000	
11月1日～11月30日	11月1日～11月30日	200,000	200,000	
10月1日～10月31日	10月1日～10月31日	200,000	200,000	
9月1日～9月30日	9月1日～9月30日	200,000	200,000	
8月1日～8月31日	8月1日～8月31日	200,000	200,000	
7月1日～7月31日	7月1日～7月31日	200,000	200,000	
6月1日～6月31日	6月1日～6月31日	200,000	200,000	
5月1日～5月31日	5月1日～5月31日	200,000	200,000	
4月1日～4月30日	4月1日～4月30日	200,000	200,000	
3月1日～3月31日	3月1日～3月31日	200,000	200,000	

⑭ 賃金に
関する
特記事項

⑮ 離職理由

⑯ 退職金

⑰ 退職金受取先

⑱ 退職金受取日

⑲ 退職金受取額

⑳ 退職金受取回数

㉑ 退職金受取回数

㉒ 退職金受取回数

㉓ 退職金受取回数

㉔ 退職金受取回数

㉕ 退職金受取回数

㉖ 退職金受取回数

㉗ 退職金受取回数

㉘ 退職金受取回数

㉙ 退職金受取回数

㉚ 退職金受取回数

㉛ 退職金受取回数

㉜ 退職金受取回数

㉝ 退職金受取回数

㉞ 退職金受取回数

㉟ 退職金受取回数

㊱ 退職金受取回数

㊲ 退職金受取回数

㊳ 退職金受取回数

㊴ 退職金受取回数

㊵ 退職金受取回数

㊶ 退職金受取回数

㊷ 退職金受取回数

㊸ 退職金受取回数

㊹ 退職金受取回数

㊺ 退職金受取回数

㊻ 退職金受取回数

㊼ 退職金受取回数

㊽ 退職金受取回数

㊾ 退職金受取回数

㊿ 退職金受取回数

① 離職理由	② 離職理由	③ 離職理由	④ 離職理由
① 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。	【離職理由が特定給付日、給付制限の有無に影響を及ぼす場合があり、適正に記録してください。】	1 事業所の閉業等によるもの □ (1) 事業所が閉業した □ (2) 事業所が廃業した □ (3) 事業所が転業した □ (4) 事業所が移転した □ (5) 事業所が再編した □ (6) 事業所が合併した □ (7) 事業所が分割した □ (8) 事業所が吸収合併した □ (9) 事業所が合併吸収された □ (10) 事業所が合併分割された □ (11) 事業所が合併吸収分割された □ (12) 事業所が合併吸収分割された □ (13) 事業所が合併吸収分割された □ (14) 事業所が合併吸収分割された □ (15) 事業所が合併吸収分割された □ (16) 事業所が合併吸収分割された □ (17) 事業所が合併吸収分割された □ (18) 事業所が合併吸収分割された □ (19) 事業所が合併吸収分割された □ (20) 事業所が合併吸収分割された □ (21) 事業所が合併吸収分割された □ (22) 事業所が合併吸収分割された □ (23) 事業所が合併吸収分割された □ (24) 事業所が合併吸収分割された □ (25) 事業所が合併吸収分割された □ (26) 事業所が合併吸収分割された □ (27) 事業所が合併吸収分割された □ (28) 事業所が合併吸収分割された □ (29) 事業所が合併吸収分割された □ (30) 事業所が合併吸収分割された	2 定年による離職(定年を希望して) (以下aからcまでのいずれかを1つ選択してください) □ a 就業規則に定められた定年退職となる □ b 就業規則に定められた定年退職となるが、就業規則に定められた定年退職となるが、就業規則に定められた定年退職となるが、就業規則に定められた定年退職となる □ c その他(具体的な理由を記載してください)
② 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。	3 労務的期間満了等によるもの □ (1) 1回の契約期間満了 □ (2) 2回の契約期間満了 □ (3) 3回の契約期間満了 □ (4) 4回の契約期間満了 □ (5) 5回の契約期間満了 □ (6) 6回の契約期間満了 □ (7) 7回の契約期間満了 □ (8) 8回の契約期間満了 □ (9) 9回の契約期間満了 □ (10) 10回の契約期間満了 □ (11) 11回の契約期間満了 □ (12) 12回の契約期間満了 □ (13) 13回の契約期間満了 □ (14) 14回の契約期間満了 □ (15) 15回の契約期間満了 □ (16) 16回の契約期間満了 □ (17) 17回の契約期間満了 □ (18) 18回の契約期間満了 □ (19) 19回の契約期間満了 □ (20) 20回の契約期間満了 □ (21) 21回の契約期間満了 □ (22) 22回の契約期間満了 □ (23) 23回の契約期間満了 □ (24) 24回の契約期間満了 □ (25) 25回の契約期間満了 □ (26) 26回の契約期間満了 □ (27) 27回の契約期間満了 □ (28) 28回の契約期間満了 □ (29) 29回の契約期間満了 □ (30) 30回の契約期間満了	4 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。	5 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。
③ 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。	6 その他(1つ以上のいずれにも該当しない場合) □ (1) 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。	7 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。	8 労働者の方、事業主の方は、離職者の主な離職理由が該当する理由を1つ選択し、その事業主記入欄の□の中○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。

健康保険・厚生年金保険 産前産後休業取得者申出書

帳票 PDF 電子申請

○ -

◆手続き：出産に伴う休業

様式コード
2 2 7 3

健康保険 産前産後休業取得者 申出書/変更(終了)届

令和 年 月 日提出

事業所 整理記号 5 5 - W 2 S F

提出者記入欄

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒 163 - 6032
東京都新宿区西新宿 6-8-1
住友不動産新宿オークタワー

事業所 名称 OBC商事株式会社

事業主 氏名 代表取締役社長 山口 和夫

電話番号 03 (3342) 1880

受付印

社会保険労務士記載欄

氏名等

新規申出の場合は共通記載欄に必要項目を記入してください。
変更・終了の場合は、共通記載欄に産前産後休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、A.変更・B.終了の必要項目を記入してください。

共通記載欄(取得申出)

① 被保険者整理番号	12345	② 個人番号 [基礎年金番号]	1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
③ 被保険者氏名	山田	イヌミ いずみ	④ 被保険者生年月日 5.令和 0 2 0 2 0 2 ①平成 ②令和
⑤ 出産予定年月日	9.令和 0 1 0 9 0 5	⑥ 出産種別	①.単胎 1.多胎 ※ 出産予定の子の人数が2人(双子)以上の場合に「1.多胎」を○で囲んでください。
⑦ 産前産後休業開始年月日	9.令和 0 1 0 8 0 1	⑧ 産前産後休業終了予定年月日	9.令和 0 1 1 0 3 1
以下の⑨～⑪は、この申出書を出産後に提出する場合のみ記入してください。			
⑨ 出生児の氏名		⑩ 出産年月日	9.令和 年 月 日
⑪ 備考			

出産(予定)日・産前産後休業終了(予定)日を変更する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A. 変更

⑬ 変更後の出産(予定)年月日	9.令和 年 月 日	⑭ 変更後の出産種別	0. 単胎 1. 多胎 ※ 出産予定の子の人数が2人(双子)以上の場合に「1. 多胎」を○で囲んでください。
⑮ 産前産後休業開始年月日	9.令和 年 月 日	⑯ 産前産後休業終了予定年月日	9.令和 年 月 日

予定より早く産前産後休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B. 終了

⑰ 産前産後休業終了年月日	9.令和 年 月 日
---------------	------------

- 産前産後休業期間とは、出産日以前42日(多胎妊娠の場合は98日)～出産日後56日の間に、妊娠または出産を理由として労務に従事しない期間のことです。
- この申出書を出産予定日より前に提出された場合で、実際の出産日が予定日と異なった場合は、再度『産前産後休業取得者変更届』(当届書の「共通記載欄」と「A.変更」欄に記入)を提出してください。休業期間の基準日である出産年月日がずれることで、開始・終了年月日が変わります。
- 産前産後休業取得申出時に記載した終了予定年月日より早く産休を終了した場合は、『産前産後休業終了届』(当届書の「共通記載欄」と「B.終了」欄に記入)を提出してください。
- 保険料が免除となるのは、産前産後休業開始日の属する月分から、終了日翌日の属する月の前月分までとなります。

健康保険・厚生年金保険 育児休業等取得者申出書 (新規・延長)

帳票 PDF	電子 申請
○	—

◆手続き：出産に伴う休業／育児に伴う休業

様式コード
2 2 6 3

健康保険 厚生年金保険 育児休業等取得者 申出書(新規・延長)/終了届

令和 年 月 日提出

事業所 整理番号	5 5 - W 2 S F
-------------	---------------

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地 〒 163 - 6032
東京都新宿区西新宿 6-8-1
住友不動産新宿オークタワー

事業所名称 OBC商事株式会社

事業主氏名 代表取締役社長 山口 和夫

電話番号 03 (3342) 1880

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

新規申出の場合は共通記載欄に必要な項目を記入してください。
延長・終了の場合は、共通記載欄に育児休業取得時に提出いただいた内容を記入のうえ、A.延長・B.終了の必要項目を記入してください。

共通記載欄 (新規申出)	① 被保険者整理番号	12345	② 個人番号 [基礎年金番号]	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	③ 被保険者氏名	(フリガナ) ヤマダ (氏) 山田	(名) イズミ いずみ	④ 被保険者生年月日	5. 令和 ①平成 9. 令和	0	2	0	2	0	2	⑤ 被保険者性別	1. 男 ② 女				
	⑥ 養育する子の氏名	(フリガナ) ヤマダ (氏) 山田	(名) ハナコ 花子	⑦ 養育する子の生年月日	7. 平成 ②令和	0	1	0	9	0	5	/					
	⑧ 区分	① 実子 2. その他 ※「2.その他」の場合は、⑨養育開始年月日(実子以外)も記入してください。		⑩ 養育開始年月日 (実子以外)	9. 令和												
	⑪ 育児休業等開始年月日	7. 平成 ③令和	0	1	1	1	0	1	⑫ 育児休業等終了予定年月日	9. 令和	0		2	0	9	0	4
	⑬ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. パパママ育休該当 2. その他 ()															

終了予定日を延長する場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

A. 延長

⑬ 育児休業等終了予定年月日 (変更後)	9. 令和																
-------------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※延長とは、「0～1歳」「1～1歳6か月」「1歳6か月～2歳」「1歳～3歳」の4つの区分のそれぞれの期間内で終了予定日を延長する場合があります。

例：子が「0歳～1歳」の区分における育児休業として、当初「産後57日目から8か月まで」の期間を申出していたが、「産後57日目から1歳(誕生日の前日)まで」の期間に変更する場合
⇒「延長」となりますので、「共通記載」欄及び「A.延長」欄を記入してください。

予定より早く育児休業を終了した場合 ※必ず共通記載欄も記入してください。

B. 終了

⑬ 育児休業等終了年月日	9. 令和																
--------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

例：①1歳誕生日前日までの育休申出をされていた方が、続けて、②1歳6か月前日までの育休申出をされる場合
⇒延長ではなく新規申出となりますので上段の「共通記載」欄にあらためて記入してください。

- 役員・経営担当者等の使用者の方は、原則、保険料免除には該当しませんので注意してください。
- 育児休業等による保険料免除の期間は以下の4つの区分があります。4つの区分それぞれに申出が必要となりますのでご注意ください。

養育する子が

- ① 1歳未満の子を養育するための育児休業 → 0歳 ～ 1歳誕生日前日まで
(パパママ育休の場合は1歳2か月前日まで)
- ② 保育所待機等の特別な事情がある場合の1歳から1歳6か月に達するまでの育児休業 → 1歳誕生日 ～ 1歳6か月前日まで
- ③ 保育所待機等の特別な事情がある場合の1歳6か月から2歳に達するまでの育児休業 → 1歳6か月前日 ～ 2歳誕生日前日まで
- ④ 1歳から3歳までの子を養育するための育児休業に準ずる期間 → 1歳誕生日 ～ 3歳誕生日前日まで

- パパママ育休プラスとは、父母ともに育児休業を取得する場合、育児休業取得可能期間が子が1歳から1歳2か月に達するまでに延長する制度です。なお、父母1人ずつが取得できる休業期間(母親の産後休業期間を含む。)の上限は、1年間となります。

雇用保険 育児休業給付受給資格確認票・ (初回) 育児休業給付金支給申請書

帳票 PDF	電子 申請
○	○

◆手続き：出産に伴う休業／育児に伴う休業

様式第33号の5 (第101条の13関係) (第1面) 育児休業給付受給資格確認票・(初回) 育児休業給付金支給申請書 (必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別		1. 被保険者番号		2. 資格取得年月日	
12405		1234-567890-1		4-210401	
3. 事業所番号		4. 育児休業開始年月日		5. 出産年月日	
1234-567890-1		5-011101		5-010905	
6. 個人番号		7. 被保険者の住所(郵便番号)		元号 (3桁和 4平成 5令和)	
11000000000000		120-0001			
8. 被保険者の住所(漢字) ※市・区・郡及び町村名					
東京都足立区					
被保険者の住所(漢字) ※丁目・番地					
大谷田1-15-2					
被保険者の住所(漢字) ※アパート、マンション名等					
9. 被保険者の電話番号(項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。)					
03-0001-0002					
10. 支給単位期間その1(初日)		(末日)		11. 就業日数	
5-011101		1-1130		0	
14. 支給単位期間その2(初日)		(末日)		15. 就業日数	
5-011201		1-1231		0	
18. 最終支給単位期間(初日)		(末日)		19. 就業日数	
22. 資格取得年月日		23. 支給対象となる期間の延長事由一期間			
24. 配偶者育児取得		25. 配偶者の被保険者番号		26. 期間雇用者の継続	
				雇用の見込み	
28. 延長等否		29. 産後休業表示		27. 休業事由の消滅年月日	
		(休業がある場合に「1」を記入)			
32. 受給資格確認年月日		33. 受給資格確認		34. 支給申請月	
		(支給資格なしの場合「1」を記入)		(1奇数月 2偶数月)	
36. 支払区分		37. 金融機関・店舗コード		38. 未支給区分	
				(空欄 未支給以外 1未支給)	

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

上記被保険者が育児休業を取得し、上記の記載事項に誤りがないことを証明します。○BC商事株式会社
 令和 年 月 日 事業所名(所在地・電話番号) 東京都新宿区西新宿6-8-1住友不動産新宿オークタワー 03-3342-1880
 代表取締役社長 山口 和夫 印
 上記のとおり育児休業給付の受給資格の確認を申請します。
 雇用保険法施行規則第101条の13の規定により、上記のとおり育児休業給付金の支給を申請します。 フリガナ
 令和 年 月 日 新宿 公共職業安定所長 殿 申請者氏名 申請について同意済 印

払渡希望金融機関指定届					
払渡希望 金融機関	フリガナ	ユウチョウギンコウ	金融機関コード	店舗コード	金融機関による確認印
	名称	ゆうちょ銀行			
	銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	口座番号 (普通)			
	ゆうちょ銀行	記号番号 (総合) 11960	-	12345671	

◆金融機関へのお願
 雇用保険の失業等給付を受給する金融機関口座へ引落しを行うため、次のことについて御協力をお願いします。
 1. 上記の記載事項のうち「口座番号」欄、「名称」欄及び「銀行等(ゆうちょ銀行以外)」の「口座番号」欄(「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄)を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関の確認印を捺印してください。
 2. 金融機関コード及び店舗コードを記入してください(ゆうちょ銀行の場合を除く)。
 備考
 資格確認の可否 可・否
 資格確認年月日 令和 年 月 日
 通知年月日 令和 年 月 日

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号	※	所長	次長	課長	係長	係	操作者

雇用保険 被保険者休業開始時賃金月額証明書 ※転記資料

帳票 PDF 電子申請

◆手続き：出産に伴う休業／育児に伴う休業

△

○

雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書 ※転記資料

① 被保険者番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 - 1	③ フリガナ	ヤマダ イズミ	④ 休業等を開始した日の	年 月 日	令和 1 11 1	
② 事業所番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 - 1	休業等を開始した者の氏名	山田 いずみ	年 月 日			
⑤ 名称	OBC商事株式会社		⑥ 休業等を開始した者の	〒120-0001			
事業所所在地	東京都新宿区西新宿6-8-1		住所又は居所	東京都足立区大谷田1-15-2			
電話番号	03-3342-1880		電話番号 (03)	0001 - 0002			
住所	東京都新宿区西新宿6-8-1						
事業主	住友不動産新宿オークタワー						
氏名	山口 和夫						
休業等を開始した日前の賃金支払状況等							
⑦ 休業等を開始した日の前日に離職したとみなした場合の被保険者期間算定対象期間	⑧ ⑦の期間における賃金支払基礎日数	⑨ 賃金支払対象期間	⑩ ⑨の基礎日数	⑪ 賃 金 額			⑫ 備 考
休業等を開始した日	11月1日			(A)	(B)	計	
10月1日～休業等を開始した日の前日	0日	10月1日～休業等を開始した日の前日	0日				自31.8.1至31.10.31
7月1日～ 7月31日	20日	7月1日～ 7月31日	20日	200,000		200,000	祝日関係休業のため賃金なし
6月1日～ 6月30日	20日	6月1日～ 6月30日	20日	200,000		200,000	
5月1日～ 5月31日	20日	5月1日～ 5月31日	20日	200,000		200,000	
4月1日～ 4月30日	20日	4月1日～ 4月30日	20日	200,000		200,000	
3月1日～ 3月31日	20日	3月1日～ 3月31日	20日	200,000		200,000	
2月1日～ 2月28日	20日	2月1日～ 2月28日	20日	200,000		200,000	
1月1日～ 1月31日	20日	1月1日～ 1月31日	20日	200,000		200,000	
12月1日～ 12月31日	20日	12月1日～ 12月31日	20日	200,000		200,000	
11月1日～ 11月30日	20日	11月1日～ 11月30日	20日	200,000		200,000	
10月1日～ 10月31日	20日	10月1日～ 10月31日	20日	200,000		200,000	
9月1日～ 9月30日	20日	9月1日～ 9月30日	20日	200,000		200,000	
8月1日～ 8月31日	20日	8月1日～ 8月31日	20日	200,000		200,000	
7月1日～ 7月31日	20日	7月1日～ 7月31日	20日	200,000		200,000	
月 日～ 月 日	日	月 日～ 月 日	日				
月 日～ 月 日	日	月 日～ 月 日	日				
⑬ 賃金に関する特記事項							
⑭ (休業開始時における) 雇用期間	⑮ 定めなし □ 定めあり → 令和 年 月 日まで (休業開始日を含めて 年 カ月)						

雇用保険 育児休業給付金支給申請書 ※転記資料

帳票 PDF 電子申請

△

○

◆手続き：出産に伴う休業／育児に伴う休業

■ 様式第33号の5の2（第101条の13関係）（第1面）

育児休業給付金支給申請書 ※転記資料

帳票種別

1 1 4 0 6

支給申請期間

氏名

ヤマダ イズミ

1. 被保険者番号

1234-567890-1

2. 資格取得年月日

4-210401

3. 育児休業開始年月日 支給単位期間その1（初日～末日）

5-011101

支給単位期間その2（初日～末日）

事業所番号

1234-567890-1

管轄区分

0

支給終了年月日

出産年月日

010905

前回処理年月日

4. 支給単位期間その1（初日）

5-020101-0131 (4平給, 5特給)

元号 年 月 日 (末) 月 日

5. 就業日数

0

6. 就業時間

7. 支払われた賃金額

8. 支給単位期間その2（初日）

5-020201-0229 (4平給, 5特給)

元号 年 月 日 (末) 月 日

9. 就業日数

0

10. 就業時間

11. 支払われた賃金額

12. 最終支給単位期間（初日）

元号 年 月 日 (末) 月 日

13. 就業日数

14. 就業時間

15. 支払われた賃金額

16. 職場復帰年月日

元号 年 月 日

17. 支給対象となる期間の延長事由一期間

事由 元号 年 月 日 月 日

- 1 就業中に係る就業が継続であったこと
- 2 就業を中止していた期間が短かつ
- 3 就業を中止していた期間中の賃金・保険料
- 4 就業を中止していた期間中の賃金・保険料に
- 5 就業を中止していた期間中の賃金・保険料に

18. 配偶者

育児取得 19. 配偶者の被保険者番号

様式第33号の5の2（第101条の13関係）（第2面）

その他賃金に関する特記事項

23.

24.

備 考	賃金締切日	日	賃金支払日	当月・翌月	日
	通勤手当	有	(毎月・3か月・6か月・)		
	雇用期間(1歳6ヵ月後の延長をする場合に記載) ① 定めのし 口 定めあり-令和 年 月 日まで				

改訂履歴

版数	発行日	改訂履歴
第1版	2018年10月1日	初版発行
第2版	2019年6月13日	<ul style="list-style-type: none">• 新元号（令和）に対応した新しい届出書フォーマットの帳票に変更しました• 2019年4月30日をもって、e-Govの「健康保険・厚生年金保険被保険者住所変更届」の電子申請が廃止されたため、住民変更の電子申請対応を変更しました。