

# 年金手帳

平成9年1月(基礎年金番号導入)以降の年金手帳

社会保険庁

〈表紙〉

## ○国民年金の加入者（被保険者）

- ・第1号被保険者 20歳以上60歳未満の自営業者・農林漁業従事者・自由業・無職などの人とその配偶者及び学生
- ・第2号被保険者 会社員・公務員などの厚生年金保険、共済年金の加入者
- ・第3号被保険者 20歳以上60歳未満の第2号被保険者に扶養されている配偶者
- ・任意加入被保険者 60歳以上65歳未満の希望する者、20歳以上65歳未満の在外邦人、65歳に達しても年金受給権が確保できない人は70歳まで

# 年金手帳

●国民年金の第1号被保険者及び任意加入被保険者の方は、保険料を納める義務があります。保険料を納めないと、将来、受け取る年金額が少なくなったり、年金を受け取れない場合があります。





# 厚生年金保険の記録(3)

事業所名 船舶所有者名	所在地	被保険者 となった日	被保険者で なくなった日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

(注) 厚生年金保険の記録は、同時に国民年金の第2号被保険者としての記録となります。

# 被保険者の行う届出

20歳から60歳までの40年間、だれもが公的年金制度に加入します。

この間、私たちには就職や退職、結婚などさまざまな節目があります。公的年金制度への加入の仕方その節目によって変わり、そのつど届出が必要です。

厚生年金保険等の被保険者に係る届出は事業主等が行いますが、国民年金は、被保険者本人が届け出なければなりません。

次のようなときには、この手帳を添えてすみやかに届出をして下さい。

## ○第1号被保険者が行う届出

こんなとき	必要な届出
第2号被保険者と結婚して被扶養配偶者となったとき	第3号被保険者になりますので種別変更届を配偶者である第2号被保険者の勤務する会社の事業主等に提出して下さい。
第1号被保険者であった配偶者が就職し、第2号被保険者となり、その被扶養配偶者となったとき	第3号被保険者になりますので種別変更届を配偶者である第2号被保険者の勤務する会社の事業主等に提出して下さい。
海外へ転出し、引き続き加入するとき	任意加入被保険者になりますので、国民年金被保険者資格取得申出書を市町村役場に出して下さい。
氏名が変わったとき	氏名変更届を市町村役場に出して下さい。
住所が変わったとき	住所変更届を市町村役場に出して下さい。

## ○第2号被保険者が行う届出

こんなとき	必要な届出
会社等を退職したとき	第1号被保険者になりますので種別変更届を市町村役場に出して下さい。
会社等を退職し、第2号被保険者の被扶養配偶者となったとき	第3号被保険者になりますので種別変更届を配偶者である第2号被保険者の勤務する会社の事業主等に出して下さい。

※第2号被保険者の方は、氏名や住所が変わったときは事業主等が届出を行いますので、その旨を事業主等に申し出て下さい。

## ○第3号被保険者が行う届出

こんなとき	必要な届出
第2号被保険者であった配偶者が会社等を退職したとき	第1号被保険者になりますので種別変更届を市町村役場に出して下さい。
配偶者が転職し、共済年金から厚生年金保険または厚生年金保険から共済年金に変わったとき	第3号被保険者の種別は変わりませんが、資格確認のため、種別確認届を配偶者である第2号被保険者の勤務する会社の事業主等に出して下さい。
被扶養配偶者でなくなったとき(パート収入が増えたとき、離婚など)	第1号被保険者になりますので種別変更届を市町村役場に出して下さい。
氏名が変わったとき	氏名変更届を配偶者である第2号被保険者の勤務する会社の事業主等に出して下さい。
住所が変わったとき	住所変更届を配偶者である第2号被保険者の勤務する会社の事業主等に出して下さい。

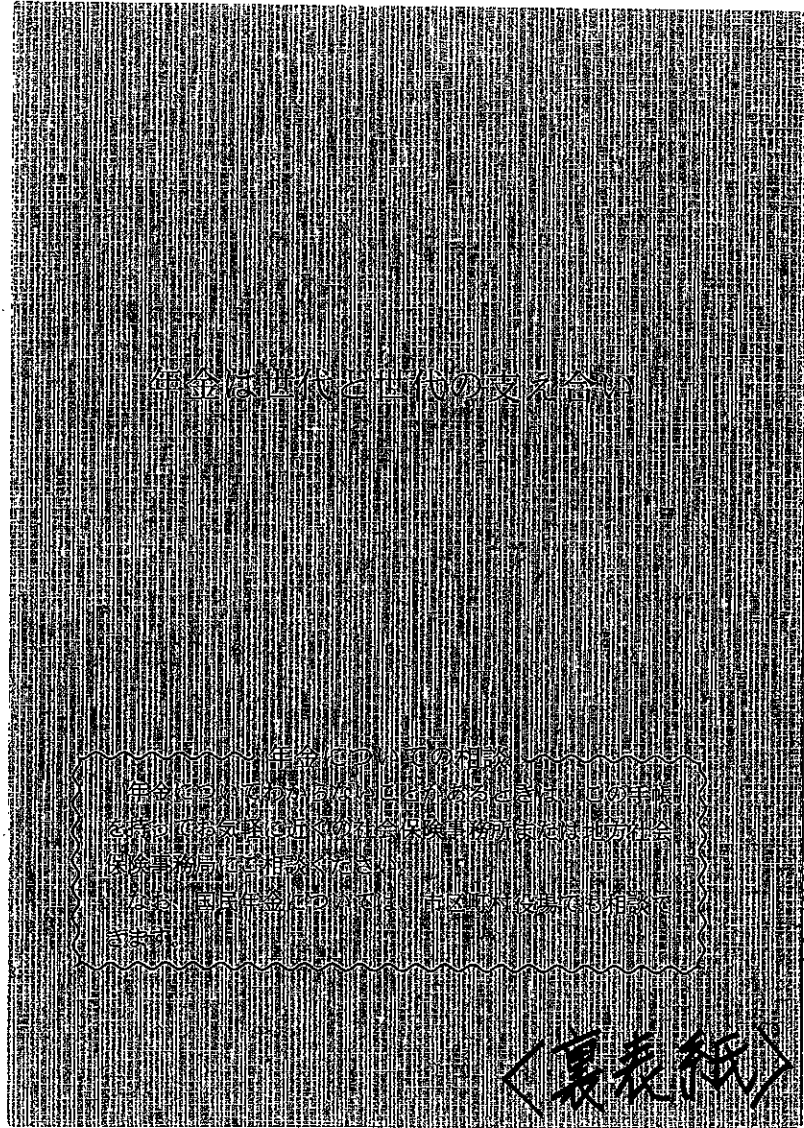
# 備 忘 録

## 年金を受けた方

制 度 名	年金(一時金)の種類	備 考 (年金証書の基礎年金番号および年金コード、脱退手当金を受けた日等)

## 共済組合員であった方

共済組合名	勤 務 先	組 合 員 と な っ た 日	組 合 員 で な っ た 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日



# 【健康保険被保険者証 様式】

(表 面)

◀	(被保険者)	平成 年 月 日交付
健康保険		
被保険者証 記号		番号
氏名		
性別		
生 年 月 日		年 月 日
資格取得年月日		年 月 日
事業所所在地		
事業所名称		
保険者所在地		
保険者番号・名称		
		印

(裏面)

注 意 事 項

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合はこの証に高齢受給者証を添えて）その窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格が無くなったときは、五日以内にこの証を事業主に返してください。
4. 不在にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
5. 証の記載事項に変更があった場合には、すぐに事業主を経由して保険者に差し出して訂正を受けて下さい。

住所


備考

- 備考
1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
  2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
  3. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
  4. 別途被保険者に周知することにより、注意事項を省略することができる。

# 【国民健康保険被保険者証 様式】

(表 面)

国民健康保険 被保険者証	有効期限	年	月	日
記号	番号			
氏名	性別			
生 年 月 日		年	月	日
資格取得年月日		年	月	日
交付年月日		年	月	日
世帯主氏名				
住 所				
保険者番号				
保険者名				印



(裏面)

注意事項

1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。
2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証を（70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は高齢受給者証を添えて）その窓口で渡してください。なお、老人保健の医療を受けることができる方は、老人保健の健康手帳に、この証を添えてください。
3. 診療を受けるときに支払う金額は、3歳の誕生日の属する月（誕生日が月の初日である場合はその前月）以前の場合は、保険診療の費用（入院時の食事療養又は生活療養に要する費用を除く。）の2割となります。また、70歳の誕生日の属する月の翌月（誕生日が月の初日である場合はその月）以後の場合は、高齢受給者証に示す割合となります。
4. 被保険者の資格がなくなったとき又は退職被保険者若しくはその被扶養者となったときには、直ちにこの証を市町村（組合）に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
5. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村（組合）にその旨を届け出てください。
6. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料（税）を滞納している場合、この証を返還していただきます。

備考

- 備考
1. プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
  2. 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
  3. 一部負担金の割合を減じている保険者については、表面に「一部負担金の割合」欄を設け、その一部負担割合を表示する。
  4. 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。
  5. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

# 介護保険被保険者証 様式】

(表面)

(一)				(二)				(三)										
介護保険被保険者証				要介護状態区分等				給付制限										
認定年月日 平成 年 月 日				認定の有効期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日														
被 保 険 者	番 号			区分支給限度基準額				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>内 容</th> <th>期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>			内 容	期 間		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日
	内 容	期 間																
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日																
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日																
		開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日																
住 所			居宅サービス等 平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり															
フリガナ			(うち種類支給限度基準額)															
氏 名			サービスの種類		種類支給限度基準額		居宅介護支援事業者又は 介護予防支援事業者 及びその事業所の名称											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別	男・女							届出年月日 平成 年 月 日  届出年月日 平成 年 月 日  届出年月日 平成 年 月 日								
交付年月日	平成 年 月 日																	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>									認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定		介護保険施設等						
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>種類</td> <td></td> <td>入所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td></td> <td>退所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>種類</td> <td></td> <td>入所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td></td> <td>退所等年月日 平成 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>			種類		入所等年月日 平成 年 月 日	名称		退所等年月日 平成 年 月 日	種類		入所等年月日 平成 年 月 日	名称		退所等年月日 平成 年 月 日
種類		入所等年月日 平成 年 月 日																
名称		退所等年月日 平成 年 月 日																
種類		入所等年月日 平成 年 月 日																
名称		退所等年月日 平成 年 月 日																

(裏面)

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 三 老人保健の健康手帳の交付を受けている場合であって、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護の指定居宅サービス（指定介護予防サービスを含む。）又は介護保健施設サービス若しくは介護療養施設サービスを受けようとするときは、この証に健康手帳を添えて、事業者又は施設の窓口へ提出してください。

(五)

- 四 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんが、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。
- 五 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限って現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 六 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 七 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用の割です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません）。

(六)

- 八 認定審査会の意見及びサービス種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 九 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 十一 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 十二 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

備考  
1 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。  
2 必要があるときは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。その他所要の調整を加えることができること。

# 【雇用保険被保険者証 様式】

様式第7号（第10条関係）（表面） 全部改正〔平成17年厚労令122号〕

## 雇用保険被保険者証

公共職業安定所長 ㊟

被保険者 番 号	<input type="text"/>	生年月日	(元号一年月日)
氏 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		元号	
		(1 明治 2 大正)	
		(3 昭和 4 平成)	

様式第7号（裏面） 全部改正〔平成元年労働令5号〕、一部改正〔平成元年労働令31号・7年1号・18年厚労令71号〕

### 注意

- 1 この被保険者証は、新たに他の事業主に雇用され雇用保険の被保険者となったときは、必ず新たに勤務することとなった事業所に提出しなければならないものであるから、大切に保管すること。
- 2 この被保険者証を滅失し、又は損傷したときは、公共職業安定所に申請して再交付を受けること。
- 3 この被保険者証は、失業等給付を受けている期間中に氏名を変更したときには、公共職業安定所長に提出すること。
- 4 失業して失業等給付を受けようとする場合（離職時においては妊娠、出産、育児、疾病、負傷等の理由により一定期間職業に就くことができない場合及び55歳以上の定年等による離職後一定期間求職申込みをしないことを希望する場合であって、その後に失業等給付を受けようとするときを含む。）は、離職後速やかに事業主を通じて公共職業安定所より離職票の交付を受けること。

失業給付を受ける場合の具体的手続きについては、離職票の裏面を参照すること。