

年管発 1202 第 1 号
令和 6 年 12 月 2 日

日本年金機構理事長 殿

厚生労働省大臣官房年金管理審議官
(公 印 省 略)

厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について（通知）

厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令（令和 6 年厚生労働省令第 157 号）（別添）が本日付けで公布され、本日より施行される。

主な内容は下記のとおりであるので、その内容について御了知いただきたい。

記

1. 改正の趣旨

- 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和 5 年法律第 48 号）の一部の施行に伴い、厚生年金保険法施行規則（昭和 29 年厚生省令第 37 号）等について所要の改正を行う。

2. 改正の概要

- 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の一部施行に伴い、医療保険の被保険者証が廃止されるとともに、被保険者又は被扶養者が電子資格確認を受けることができない状況にあるときは、当該被保険者は、保険者に対し、当該状況にある被保険者又は被扶養者に係る情報を記載した書面（以下「資格確認書」という。）の交付を求めることができることとされたことに伴い、以下の省令で規定する様式中、被保険者証に係る項目の削除、資格確認書に係る項目の追加等を行うこと。
 - ・厚生年金保険法施行規則第 15 条第 1 項、第 15 条の 2 第 1 項、第 21 条第 1 項、第 22 条第 1 項及び第 22 条の 2 第 1 項
 - ・港湾労働法施行規則（昭和 63 年労働省令第 35 号）第 3 条第 2 項
 - ・原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（平成 7 年厚生省令第 33 号）第 2 条
 - ・特定 B 型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法施行規則（平成 23 年厚生労働省令第 144 号）第 20 条
- その他所要の改正を行うこと。

3. 施行期日

令和 6 年 12 月 2 日

○厚生労働省令第百五十七号

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和五年法律第四十八号）の一部の施行に伴い、及び関係法令の規定に基づき、厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令を次のように定める。

令和六年十二月二日

厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令

（厚生年金保険法施行規則の一部改正）

第一条 厚生年金保険法施行規則（昭和二十九年厚生省令第三十七号）の一部を次のように改正する。

厚生労働大臣 福岡 資麿

様式第七号(第十五条及び第十五条の二関係)

(表面)

様式コード		健康保険 厚生年金保険 (兼)厚生年金保険		被保険者資格取得届 70歳以上被用者該当届	
2	200				
令和 年 月 日提出					
提出者記入欄	事業所 整理記号	事業所 番 号			
	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。 〒 —			
	事業所 名 称				
	事業主 氏 名				
	電話番号	()			
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	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保・厚生 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個 人 番 号 [基礎年 金番号]	⑦ 取 得 (該 当) 年 月 日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被 扶 養 者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(合計 ㊦+㊨) ㊨(現物) 円		⑩ 備 考					
	⑪ 住 所	〒 —					⑫ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	

被保険者2	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保・厚生 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個 人 番 号 [基礎年 金番号]	⑦ 取 得 (該 当) 年 月 日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被 扶 養 者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(合計 ㊦+㊨) ㊨(現物) 円		⑩ 備 考					
	⑪ 住 所	〒 —					⑫ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	

被保険者3	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保・厚生 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個 人 番 号 [基礎年 金番号]	⑦ 取 得 (該 当) 年 月 日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被 扶 養 者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(合計 ㊦+㊨) ㊨(現物) 円		⑩ 備 考					
	⑪ 住 所	〒 —					⑫ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	

被保険者4	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保・厚生 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個 人 番 号 [基礎年 金番号]	⑦ 取 得 (該 当) 年 月 日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被 扶 養 者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(合計 ㊦+㊨) ㊨(現物) 円		⑩ 備 考					
	⑪ 住 所	〒 —					⑫ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	

様式第七号、様式第七号の二、様式第十号の二、様式第十一号及び様式第十一号の二を次のように改める。

(裏面)

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	--	-------	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を払い出しますので、記入する必要はありません。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和			年		月		日
7.平成	6	3	0	5	0	3	
9.令和							

④種別 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般(基金未加入)	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

1. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき(船員保険適用者を除く)
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

⑥個人番号(基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、必ず個人番号を記入してください。

⑦取得(該当)年月日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)、(70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日)、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。

「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額 : 「㊦(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われる全ての合計金額を記入してください。

※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。

※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額をご記入ください。

※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。

「㊦(現物)」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。

現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑩備考 : 必要に応じて記入してください。

⑪住所 : 住所を記入してください。

※日本年金機構に提出する際「⑥個人番号」欄に個人番号を記入した場合、住所記入は不要です。

※健康保険組合が管掌する健康保険の被保険者であって、健康保険組合が当該被保険者の住所に係る情報を求めないときは、住所の記入は不要です。

⑫資格確認書発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

備考1 : この用紙は、A列4番とすること。

2 : 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第十号の二(第二十一条関係)

様式コード	
2	2 0 7
届書コード	
2	0 7

健康保険 被保険者氏名変更届
厚生年金保険

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		③ 個人番号(又は基礎年金番号)										④ 生 年 月 日					
※																昭. 5 平. 7 令. 9 年 月 日			
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)		(氏)	(名)	⑥ 変更前の氏名		(氏)	(名)	送 信				⑦ 備 考							
(フリガナ)																			

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

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。 〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄	
氏名等	

【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。
2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「

昭	5	年		月		日
平	7					
合	9	3	2	0	2	0
						7

」
のように記入してください。

3. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
 4. ⑥は、被保険者整理番号又は基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。
 5. 本手続は電子申請による届出も可能です。
- なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

様式第十一号(第二十二条、第二十二条の二関係)

(表面)

様式コード 2 2 0 1		健康保険 厚生年金保険 (兼)厚生年金保険		被保険者資格喪失届 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 整理記号			事業所 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。					
	事業所 所在地					
	事業所 名 称					
	事業主 氏 名					
電話番号		()		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	② 氏 名		(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個 人 番 号 [基礎年金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日		9. 令和	年 月 日	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) 11. 社会保障協定	
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳 不該当		□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) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個 人 番 号 [基礎年金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日		9. 令和	年 月 日	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) 11. 社会保障協定	
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳 不該当		□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) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個 人 番 号 [基礎年金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日		9. 令和	年 月 日	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) 11. 社会保障協定	
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳 不該当		□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) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日
	④ 個 人 番 号 [基礎年金番号]	⑤ 喪 失 年 月 日		9. 令和	年 月 日	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) 11. 社会保障協定	
	⑦ 備考	資格確認書回収 添付 _____ 枚 返不能 _____ 枚		⑧ 70歳 不該当		□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		

(裏面)

記入方法
提出者記入欄：事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	--	-------	---	---	---	---	---

- ①被保険者整理番号：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。
- ②氏名：氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ③生年月日：年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤	昭和		年		年		日
7.	平成	6	3	0	5	0	3
9.	令和						

- ④個人番号(基礎年金番号)：本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。なお、「死亡」による資格喪失の場合は、基礎年金番号を記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。
- ⑤喪失年月日：下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日
社会保障協定による資格喪失	社会保障協定発効の当日 相手国法令の適用となった日の翌日

- ⑥喪失(不該当)原因：下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
11. 社会保障協定	社会保障協定により、相手国法令の適用を受け、被保険者資格を喪失する場合

- ⑦備考：必要に応じて記入してください。
- ⑧70歳不該当：70歳以上の方の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。
また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。
在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

備考1：この用紙は、A列4番とすること。

2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第十一号の二(第二十二条関係)

□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

様式コード2201

1. 個人番号

[illegible]

10. 被保険者氏名

フリガナ(カタカナ)

[illegible]

12. 生 年 月 日

（大正 昭和）
（平成 令和） 年 月 日

17. 社会保険事業所整理記号

--	--	--	--	--	--	--

18. 社会保険事業所番号

--	--	--	--	--

19. 社会保険被保険者整理番号

16. 社会服务队服务队员名单及编号	
--------------------	--

20. 基礎年金番号(個人番号を記入した場合は、記入は不要です。)

				—						
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

21. 社会保険喪失年月日

	—						
--	---	--	--	--	--	--	--

$$\begin{pmatrix} 5 & \text{昭和} \\ 7 & \text{平成} \\ 9 & \text{令和} \end{pmatrix}$$

22. 社会保険喪失原因

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)

23. 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
- 2 退職後の継続再雇用者の喪失
- 3 その他()

24. 資格確認書回収

添付 _____ 枚

返不能 枚

※資格確認書を回収できない場合は、必ず「資格確認書回収不能届」をご提出ください。

25. 70歳以上不該当

(チェックを入れて、退職日または死亡日を記入してください)

	元	号		年		月		日	

昭和
平成
令和

35. 事業所名称

--

令和 年 月 日提出

住所 ㊦

事業主氏名

電話番号

社会保険 労働 記載欄		氏 名

様式第2号の2(第6条関係)

雇用保険被保険者資格取得届

安定所控

帳票種別

20101

1. 個人番号	2. 被保険者生年月日	3. 性別
	(元号 年 月 日) (35 昭和 47 平成 59 令和)	(1 男 2 女)
4. 被保険者氏名	フリガナ(カタカナ)	
5. 変更後の氏名	フリガナ(カタカナ)	
6. 雇用保険被保険者番号	7. 雇用保険適用事業所番号	
8. 雇用保険資格取得年月日	9. 雇用保険資格取得区分	10. 雇用保険被保険者となったことの原因
(元号 年 月 日)	(1 新規 2 再取得)	(1 新規雇用(新規学卒) 2 新規雇用(その他) 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))
11. 雇用形態	12. 賃金(支払の態様—賃金月額: 単位千円)	13. 就職経路
(1 日雇 2 派遣 3 パートタイム 4 有期契約労働者 5 季節的雇用 6 船員 7 その他)	(1 月給 2 週給 3 日給 4 時間給 5 その他)	(1 安定所紹介 2 自己就職 3 民間紹介 4 把握していない)
14. 契約期間の定め	15. 職種	16. 1週間の所定労働時間
(1 有 2 無)	(01~11) 注意書き 参照	時間 分

(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。)

第二條 雇用保険法施行規則(昭和五十年労働省令第3号)の一部を次のように改正する。
様式第二号の二を次のように改める。

被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

29. 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。)	30. 在留カードの番号(在留カードの右上に記載されている12桁の英数字)
被保険者氏名(ローマ字)〔続き〕	
31. 在留期間	32. 資格外活動の許可の有無
西暦 年 月 日 まで	(1 有 2 無)
34. 国籍・地域	35. 在留資格
※ 公安記 共 記載 業所欄	40. 取得時被保険者種類
	(1 一般 2 短期常態 3 季節 11 高齢被保険者(65歳以上))
	41. 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。)
	42. 国籍・地域コード
	(33欄に対応するコードを記入)
	43. 在留資格コード
	(34欄に対応するコードを記入)

44. 事業所名称

備考

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。

令和 年 月 日
公共職業安定所長 殿

住 所 〒

事業主氏名

電話番号

窓口受付機関印

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	電 話 番 号

※ 所 長		次 長		課 長		係 長		係		操作者	
-------	--	-----	--	-----	--	-----	--	---	--	-----	--

※ 備考	
確認通知	令和 年 月 日

(港湾労働法施行規則の一部改正)
第三条 港湾労働法施行規則（昭和六十三年労働省令第三十五号）の一部を次のように改正する。
様式第一号（第三面）を次のように改める。

様式第1号(第3条第2項関係) (第3面)

記載要領

- ※印欄は記入しないで下さい。
- 港湾労働者派遣事業関係欄について、派遣対象労働者であるに丸印を付ける場合には、事業主は、当該労働者の同意を必ず得ること。
- 主として従事している業務欄に記載されている用語の定義は以下のとおりとする。

船内作業：港湾運送事業法第2条第1項第2号に掲げる行為又はこれに先行し、若しくは後続する港湾労働法施行令第2条第3号及び第4号に掲げる行為（港湾運送事業法第2条第1項第2号に掲げる行為を行う事業の事業主が行うものに限る。）

はしけ作業：港湾運送事業法第2条第3号に掲げる行為

沿岸作業：港湾運送事業法第2条第1項第4号に掲げる行為又はこれに先行し、若しくは後続する港湾労働法施行令第2条第3号及び第4号に掲げる行為（港湾運送事業法第2条第1項第4号に掲げる行為を行う事業の事業主が行うものに限る。）

いかだ作業：港湾運送事業法第2条第5号に掲げる行為

船舶貨物整備作業：港湾労働法施行令第2条第1号及び第2号に掲げる行為又はこれに先行し、若しくは後続する同令第2条第3号及び第4号に掲げる行為（同令第2条第1号及び第2号に掲げる行為を行う事業の事業主が行うものに限る。）

倉庫作業：港湾労働法施行令第2条第3号及び第4号に掲げる行為（倉庫業法第2条第2項に規定する倉庫業のうち港湾労働法施行令第2条第3号に規定する港湾倉庫に係るものを営む者が行うものに限る。）

4 主として従事している業務欄については、当該労働者が、港湾運送事業法第2条第1項第2号及び第4号に掲げる行為を行う事業の事業主に雇用されており、かつ、同法第2条第1項第2号及び第4号に掲げる行為に主として従事している場合は、船内作業及び沿岸作業の双方に丸印を付けるものとする。

5 取得資格欄については、届出に係る港湾労働者が派遣対象労働者である場合で、かつ、当該港湾労働者が派遣就業する業務に港湾労働法第25条第4項の厚生労働大臣が定める期間以上主として従事していない場合についてのみ記入すること。また、記入事項としては、7 資格一覧表のうち、該当する資格番号を記入すること。また、届出に際しては、免許等、当該港湾労働者が上記資格を取得していることを客観的に証する書面の写しを添付すること。

6 社会保険関係欄には、加入している雇用保険及び社会保険欄に○を記入すること。また、届出に係る港湾労働者が雇用保険の一般被保険者であり、かつ、健康保険（日雇保険を除く。）及び厚生年金保険の被保険者であるときは、これらの社会保険の被保険者証（健康保険にあっては資格確認書）及び被保険者資格取得確認通知書又は被保険者資格取得届の写しを被保険者等記号・番号等にバスキングを施した上で添付すること。また、届出に係る港湾労働者が社会保険の資格取得届を提出中である場合には資格取得届の提出年月日を記入すること。

(11ページ)

こ の 手 帳 に つ い て

- 1 健康診断を受けるときは、この手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。
- 2 厚生労働大臣の認定を受けた負傷又は疾病について治療を受けるときは、指定医療機関に認定書と共にこの手帳を提出してください。
- 3 厚生労働大臣の認定を受けていない負傷又は疾病について治療を受けるときは、被爆者一般疾病医療機関にこの手帳を提出してください。社会保険により治療を受けることができる方は、被保険者の資格の確認を併せて受けてください。
なお、遺伝性疾病、先天性疾病、軽い虫歯等については、この手帳で治療を受けることはできません。
- 4 緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医療機関又は被爆者一般疾病医療機関以外から医療を受けた後、都道府県知事に医療費の支給を申請することができます。
- 5 住所や氏名が変わったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 6 この手帳は、無くさないように大切にお持ちください。もし、無くしたり、使用できないようになったときは、再交付を申請してください。
- 7 記載すべき余白が無くなったときは、すぐその旨を届け出てください。
- 8 この手帳は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。

(A列6番)

〔 注 3ページから10ページまでの各ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。 〕

（原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則の一部改正）
第四条 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（平成七年厚生省令第三十三号）の一部を次のように改正する。
様式第二号（11ページ）を次のように改める。

(3ページ)

第五條 (特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法施行規則の一部改正)
様式第二号 (3ページ) を次のように改める。

附 則

第一條 (施行期日)

(経過措置)

第二條 この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

注意事項

- この証は、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第6条第1項第10号に該当する方(特定無症候性持続感染者)を対象として交付されます。
- この証を交付された方は、慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するため①から③までの定期検査を受けた場合、①及び②については年4回まで、③については年2回までは定期検査及びその診断のための費用(医科診療報酬点数表及び使用薬剤の薬価(薬価基準)によるものに限る)の自己負担分を支払う必要はありません。
 - 血液学的検査
※血液学的検査の対象となる検査項目は、赤血球数、白血球数、血色素(ヘモグロビン)測定、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血液像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、 γ -GTP(γ -GT)、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ChE、総コレステロール、AFP、PIVKA-II、AFP-L3%、HBe抗原、HBe抗体、HBV-DNAとする。
 - 画像検査(腹部エコー)
 - 画像検査(造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI)
- この証を交付された方は、子を出産した場合にその子に対するB型肝炎ウイルスの母子感染を防止するため、保険診療により血液学的検査(HBe抗原及びHBe抗体)を受けた場合、子1人につき1回まではその自己負担分を支払う必要はありません。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 氏名、住所、加入している医療保険、振込先に変更があったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 病態の進行や死亡で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに社会保険診療報酬支払基金に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 定期検査受診票の記載欄が無くなったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

社会保険診療報酬支払基金

(TEL

)

(B7)

〔 注 2ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。 〕