

雇用関係確認書類の取扱いについて

令和 6 年 12 月 1 日までに発行済みの健康保険証の有効期間が令和 7 年 12 月 1 日に終了することに伴い、雇用関係の確認書類を下記のとおりとします（事業所の名称が記載されたものに限る）。

なお、原則として確認書類については「本人氏名」、「※生年月日」、「事業所の所在地・名称」、「資格取得年月日等のわかる部分」、「書類の発行（交付）年月日」以外の項目はマスキングをした上で写しを提出してください。（※記載されていない証明書類もあります。）

<雇用関係の確認書類>

- ・対象者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写し
- ・^{注1} 市区町村が作成する住民税特別徴収税額通知書の写し
- ・^{注1} 健康保険・厚生年金保険被保険者証標準報酬決定通知書の写し
- ・その他、公的機関等の発行した書類で雇用関係が確認できるものの写し

注 1 開札日・通知書の通知日によって、過年度分の通知書の提出を求めることがあります。

※従前から健康保険者被保険者証以外に認めていた書類に変更はありません。

○マスキング例（雇用保険被保険者資格取得等確認通知書）

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）						
確認（受理）通知年月日				〇〇	公共職業安定所長	公共職業安定所長の印
R 0 7 0 6 1 0	被保険者番号	事業所番号	管轄区分	資格取得年月日		
			0	R 0 7 0 6 0 1		
被保険者氏名	性別	生年月日（元号－年月日）	取得時被保険者種類	転勤の年月日		
フクイ タロウ	1	4 1 2 1 0 1 5	1			
事業所名称等						
株式会社 福井工業						

被保険者番号を必ずマスキングしてください。

「個人番号」、「受給者番号」、「特別徴収税額」、「給付額」は必ずマスキングしてください。
また、雇用関係を確認が必要な方以外の情報は全てマスキングしてください。

事業所整理記号		事業所番号		健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書			
1	アイウ	23456					

マスキング

被保険者 整理番号	被保険者氏名	生年月日	種別	適用年月	決定後の標準報酬月額	
					(健保)	(厚年)
	〇〇 〇〇	S00.00.00	第〇種	R02.00.00		

郵便番号	000-0000
事業所住所	〇〇〇〇〇〇〇〇
事業所名称	株式会社〇〇〇〇
事業所主氏名	〇〇 〇〇

令和〇年〇月〇〇日

上記のとおり標準報酬が決定されたので通知します。

日本年金機構理事長

「被保険者整理番号」は必ずマスキングしてください。
また、雇用関係を確認が必要な方以外の情報は全てマスキングしてください。