

年管管発 1018 第 1 号
令和 6 年 10 月 18 日

日本年金機構

事業管理部門担当理事 殿

事業推進部門担当理事 殿

厚生労働省年金局事業管理課長
(公印省略)

「金融・資産運用特区」の対象地域として決定された自治体が設置する開業ワンストップセンター等における法人設立手続の英語対応に係る事務の取扱いについて

標記については、「金融・資産運用特区」の対象地域として決定された自治体が設置する開業ワンストップセンター等における法人設立手続の英語対応について」(令和 6 年 10 月 7 日付け基発 1007 第 2 号・職発 1007 第 3 号・年管発 1007 第 1 号)により「金融・資産運用特区」(以下「特区」という。)の対象地域において、事業主が厚生年金保険及び健康保険に係る法人設立に伴う手続を行うにあたり、英語で記載した申請書等の受付を実施するよう通知したところである。

これに係る事務の取扱いとして、日本年金機構(以下「機構」という。)においては、下記の対応を実施願いたい。

記

1 特区における対応の概要について

特区においては、地方公共団体の設置する開業ワンストップセンター等(以下単に「ワンストップセンター」という。)において、厚生年金保険及び健康保険に係る法人設立に伴う届出手続について、英語での申請書の作成・提出が可能となるよう措置を講ずることとされたこと。

機構においては、ワンストップセンターに対して年金事務所職員を派遣願いたいこと。なお、東京都においては職員の常駐により、北海道及び札幌市、大阪府及び大阪市並びに福岡県及び福岡市においては、予約があった際にワンストップセンターに出向くことにより対応いただきたいこと。

ワンストップセンターにおいては、地方公共団体が支援スタッフ（通訳）（以下単に「支援スタッフ」という。）を配置することとしているので、必要に応じてその支援を受けることが可能であること。

2 英語の届出様式について

1に対応するため、次の4届書について、英語の届出様式を定めたので、事業所が英語のみで作成した届書の受付、審査を行うこと

- ①健康保険・厚生年金保険 新規適用届（別紙1）
- ②健康保険・厚生年金保険 被保険者資格取得届（別紙2）
- ③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）（別紙3）
- ④厚生年金保険被保険者ローマ字氏名届（別紙4）

なお、事業所が従来の日本語の様式で作成した届書の提出を希望する場合は、それを妨げないこと。

3 届書の受付、審査における取扱いについて

特区においては、2の届書について英語のみで記載されたものが提出されるが、その受付及び審査においては、次の取扱いを実施されたいこと。その際、必要に応じて支援スタッフの支援を受けて窓口職員が補記を行って差し支えないこと。

① 健康保険・厚生年金保険 新規適用届について

（ア）事業所名称について

英語表記の事業所名称について、登記事項証明書上の名称をローマ字表記したもの、又はそれを英訳したものと合理的に解される場合は、登記事項証明書にある事業所名称で届出があったものとして取り扱い、機構での事業所情報の管理にあたっては、登記事項証明書上の名称で管理すること。また、当該名称等のフリガナを振るにあたっては、支援スタッフの支援を受けて事業主にフリガナを確認のうえ窓口職員が届書に補記をすること。

（イ）事業所所在地、事業主住所等について

登記事項証明書上の事業所所在地及び事業主住所をローマ字表記したものが正しく記載されているか確認すること。

機構での事業所情報の管理にあたっては、登記事項証明書上の所在地及び住所で管理すること。

（ウ）事業所への説明について

機構では上記（ア）及び（イ）のとおり登記事項証明書上の名称及び所在地で事業所情報を管理することについて、事業所に適切に説明をすること。

② 健康保険・厚生年金保険 被保険者資格取得届について

（ア）被保険者氏名について

住民基本台帳上のローマ字氏名が記載されているかを確認すること。

審査において、届書の記載内容と住民基本台帳の情報を突合させた結果、個人番号、生年月日、性別、ローマ字氏名が一致するものは、本人特定ができたとして取り扱ってよいこと。

被保険者記録の管理にあたって、被保険者のフリガナについては、住民基本台帳上のフリガナを登録すること。ただし、住民基本台帳にフリガナが登録されていない場合にあつては、支援スタッフの支援を受けて事業主にフリガナを確認のうえ窓口職員が届書に補記し、登録をすること。

なお、資格取得する者に日本人がいる場合の氏名の審査においては、住民基本台帳上のフリガナをローマ字表記したものが届書に記載されている場合は、届書と住民基本台帳上の氏名は一致したものと取り扱ってよいこと。

(イ) 被保険者住所について

通常の資格取得届と同様に、個人番号を記入した場合は、住所記入は不要としてよいこと。

住所の審査が必要な場合は、住民基本台帳上の住所をローマ字表記したものが正しく記載されているか確認すること。

機構での被保険者情報の管理にあたっては、住民基本台帳上の住所で管理すること。

(ウ) 事業所への説明について

機構では上記（ア）及び（イ）のとおり住民基本台帳上の氏名及び住所で被保険者情報を管理することについて、事業所に適切に説明をすること。

③ 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）被扶養者異動届について

（ア）被保険者及び被扶養者の氏名について

②（ア）に準じた取扱いとすること。

（イ）被扶養者の住所について

住民基本台帳上の住所をローマ字表記したものが正しく記載されているか確認すること。

機構での被保険者情報の管理にあたっては、住民基本台帳上の住所で管理すること。

（ウ）事業所への説明について

機構では上記（ア）及び（イ）のとおり住民基本台帳上の氏名及び住所で被保険者情報を管理することについて、事業所に適切に説明をすること。

④ 厚生年金保険被保険者ローマ字氏名届について

（ア）添付の対象者について

厚生年金保険被保険者ローマ字氏名届は、住民基本台帳法第30条の9の規定により機構保存本人確認情報の提供を受けることができる者については、資格取得届

への添付を要しないことから、資格取得を個人番号で届出した者については、添付が不要であること。このため、当該届の添付が必要となるのは、外国に住所を有しながら特区の企業に使用される者等に限られること。

(イ) 被保険者氏名について

被保険者氏名のフリガナについては、支援スタッフの支援を受けて窓口職員が届書に補記をすること。

(ウ) 事業所への説明について

本届の添付の対象が上記（ア）のとおりであること、又、機構では上記（イ）のとおり補記したフリガナで被保険者情報を管理することについて、事業所に適切に説明をすること。

4 実施時期

令和6年10月22日から実施すること。

Form code			
2	1	0	1

Employees' Health Insurance / Employees' Pension Insurance



Application for Workplace Coverage

Date of submission /Y /M /D

Receipt date stamp

Employer	Workplace address	〒 Postal code (in KATAKANA characters)
	Name of workplace	(in KATAKANA characters)
	Telephone number	()

Labor and Social Security Attorney

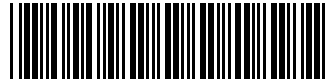
Name, address and phone

Workplace information	(1) Name of employer (or representative)	(in KATAKANA characters) (Last name) (First name)	(2) Contact person	Name	Extension number		
	(3) Address of employer (or representative)	〒 Postal code -					
	(4) Agent of the employer	Name	(in KATAKANA characters) (Last name) (First name)				
		(5) Address	〒 Postal code -				
	(6) Business category (Type of business)	Type of business	(7) Date of coverage (do not fill in)				
	(8) Corporation category	1. Corporation 2. Individual 3. National or local public institution	(9) Corporate number	1. Corporate number 2. Corporate registration number			
	(10) Head office or branch	1. Head office 2. Branch	(11) Domestic or foreign corporation	1. Domestic corporation 2. Foreign corporation	(12) Name of LSS Attorney	Code of Labor & Social Security Attorney	
	(13) Name of Health Insurance Society	(in KATAKANA characters) Health Insurance Society		(14) EP Fund number and name	Employees' Pension Fund		
	(15) Salary calculation date	th day of a month	(16) Month of pay raise	month month month month	(17) Remuneration report form	0. Necessary (by paper) 1. Unnecessary 2. Necessary (by digital medium (CD))	
	(18) Pay day	th day of current month th day of next month	(19) Bonus month	month month month month	(20) Bonus report	0. Necessary (by paper) 1. Unnecessary 2. Necessary (by digital medium (CD))	
	(21) Payment system	1. Monthly salary 5. Hourly wages 2. Daily wages 6. Annual salary 3. Daily basis salary 7. Other 4. Percentage pay ()	(22) Applicable allowances	1. Family 5. Regular attendance 2. Housing 6. Overtime 3. Supervisory post 7. Other 4. Commutation ()	(23) Payment in kind	1. Meal 5. Other 2. Housing () 3. Clothing 4. Train/bus pass	
	(24) Employee information	1. Total number of workers including executive members 2. Number of workers subject to social Insurance coverage					
		3. Number of workers not subject to social insurance coverage by worker types:			① Executive members Remuneration (payable/no). Full-time workers, Part-time workers ② Short-time contract About work days / month About work hours / week ③ part-time About work days / month About work hours / week ④ "ARUBAITO" side-job About work days / month About work hours / week		
		Note: Enter average work days/hours for ②, ③, and ④					
(25) Regular work days/hours of workplace	____ days / month ____ hours and ____ minutes / week ____ hours and ____ minutes / day						
(26) Notes							

備考: 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。

Form code
2 2 0 0

Application to Enroll in Employees' Health Insurance / Employees' Pension Insurance
Application to enroll in Employees' Pension Insurance for insured persons aged 70 and older



Date of submission: Reiwa era /Y /M /D

Applicant / Employer	Workplace code	-	Workplace number	
	I, the employer, hereby confirm each worker's Individual Number (or Basic Pension Number) here is correct.			
	Address of workplace	〒 -		
	Name of workplace			
	Name of employer			
Phone number	()			

Receipt date stamp

Labour and Social Security Attorney

Name/ address/ contact number

Insured person 1	(1) Insured person number	(2) Name	(in KANA characters) (Family name) (First name)	(3) Date of birth	5. Showa era 7. Heisei era 9. Reiwa era	year month day	(4) Type	1. Male 2. Female 3. Miner 5. Male (pension fund) 6. Female (pension fund) 7. Miner (pension fund)
	(5) Enrollment category	EH/EPI 3. MAA seconded 4. Seaman's Ins. vol. con	(6) Individual Number (or Basic Pension Number)	(7) Date of enrollment	9. Reiwa era	year month day	(8) Dependents application	0. No 1. Yes
	(9) Monthly remuneration amount	(a) (Cash) Yen (b) (In kind) Yen	(c) Total (a)+(b) Yen	(10) Remarks	Circle the applicable item: 1. Worker aged 70 and older 2. Enrollment of worker at two workplaces and more 3. Enrollment of part-time workers (specific workplace) 4. Enrollment of re-employed worker after retirement 5. Other ()			
	(11) Address	No need to enter address if you give the worker's Individual Number in (6) above. (in KANA characters) 〒 -						
	Reason: 1. Residing out of Japan 2. Short-term stay 3. Others ()							

Insured person 2	(1) Insured person number	(2) Name	(in KANA characters) (Family name) (First name)	(3) Date of birth	5. Showa era 7. Heisei era 9. Reiwa era	year month day	(4) Type	1. Male 2. Female 3. Miner 5. Male (pension fund) 6. Female (pension fund) 7. Miner (pension fund)
	(5) Enrollment category	EH/EPI 3. MAA seconded 4. Seaman's Ins. vol. con	(6) Individual Number (or Basic Pension Number)	(7) Date of enrollment	9. Reiwa era	year month day	(8) Dependents application	0. No 1. Yes
	(9) Monthly remuneration amount	(a) (Cash) Yen (b) (In kind) Yen	(c) Total (a)+(b) Yen	(10) Remarks	Circle the applicable item: 1. Worker aged 70 and older 2. Enrollment of worker at two workplaces and more 3. Enrollment of part-time workers (specific workplace) 4. Enrollment of re-employed worker after retirement 5. Other ()			
	(11) Address	No need to enter address if you give the worker's Individual Number in (6) above. (in KANA characters) 〒 -						
	Reason: 1. Residing out of Japan 2. Short-term stay 3. Others ()							

Insured person 3	(1) Insured person number	(2) Name	(in KANA characters) (Family name) (First name)	(3) Date of birth	5. Showa era 7. Heisei era 9. Reiwa era	year month day	(4) Type	1. Male 2. Female 3. Miner 5. Male (pension fund) 6. Female (pension fund) 7. Miner (pension fund)
	(5) Enrollment category	EH/EPI 3. MAA seconded 4. Seaman's Ins. vol. con	(6) Individual Number (or Basic Pension Number)	(7) Date of enrollment	9. Reiwa era	year month day	(8) Dependents application	0. No 1. Yes
	(9) Monthly remuneration amount	(a) (Cash) Yen (b) (In kind) Yen	(c) Total (a)+(b) Yen	(10) Remarks	Circle the applicable item: 1. Worker aged 70 and older 2. Enrollment of worker at two workplaces and more 3. Enrollment of part-time workers (specific workplace) 4. Enrollment of re-employed worker after retirement 5. Other ()			
	(11) Address	No need to enter address if you give the worker's Individual Number in (6) above. (in KANA characters) 〒 -						
	Reason: 1. Residing out of Japan 2. Short-term stay 3. Others ()							

Insured person 4	(1) Insured person number	(2) Name	(in KANA characters) (Family name) (First name)	(3) Date of birth	5. Showa era 7. Heisei era 9. Reiwa era	year month day	(4) Type	1. Male 2. Female 3. Miner 5. Male (pension fund) 6. Female (pension fund) 7. Miner (pension fund)
	(5) Enrollment category	EH/EPI 3. MAA seconded 4. Seaman's Ins. vol. con	(6) Individual Number (or Basic Pension Number)	(7) Date of enrollment	9. Reiwa era	year month day	(8) Dependents application	0. No 1. Yes
	(9) Monthly remuneration amount	(a) (Cash) Yen (b) (In kind) Yen	(c) Total (a)+(b) Yen	(10) Remarks	Circle the applicable item: 1. Worker aged 70 and older 2. Enrollment of worker at two workplaces and more 3. Enrollment of part-time workers (specific workplace) 4. Enrollment of re-employed worker after retirement 5. Other ()			
	(11) Address	No need to enter address if you give the worker's Individual Number in (6) above. (in KANA characters) 〒 -						
	Reason: 1. Residing out of Japan 2. Short-term stay 3. Others ()							

To workplaces covered by the Employees' Health Insurance managed by the EHI Association (KYOKAI KENPO)

If you are filing this form only to enroll the worker(s) aged 70 and older in the Employees Pension Insurance, please circle 1. and 5. in column (10), and enter "該当のみ" in Japanese in () parenthesis in 5. (Please note that we don't reissue the Employees' Health Insurance certificate (card) in this case.)

備考: 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。

備考：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。

Form code
22073

Employees' Pension Insurance: Registration of insured person's name in English characters

Date of submission /Y /M /D

Employer

Workplace code					-					Workplace number								Japan Pension Service
Workplace address	Zip/postal code																	Receipt date stamp
Name of workplace																		
Name of employer																		
Telephone number																		()
																		If submitted by Labor and Social Security Attorney
																		Name, address and phone number

A. Basic information of the insured person

(1) Basic Pension Number					
(2) Sex	1. Male 2. Female	(3) Date of birth	year	month	day
(4) Resident registration	1. Not registered 2. Registered				
(5) Name	(in KATAKANA letters) (in English characters)				Name used for other reporting to JPS <input type="checkbox"/>

B. Name in KANJI letters or commonly used name (If applicable, not mandatory to enter)

(6) Name in KANJI letters	(in KATAKANA letters) (Last name) (First name)	Name used for other reporting to JPS <input type="checkbox"/>
(7) Commonly used name	(in KATAKANA letters) (Last name) (First name)	Name used for other reporting to JPS <input type="checkbox"/>

C. Reason why name in English characters is not available

Check appropriate box ☐ if his/her name in English characters is not available:

<input type="checkbox"/> he/she is a short-time resident. <input type="checkbox"/> he/she lives outside Japan. <input type="checkbox"/> his/her resident card does not show name in English characters. <input type="checkbox"/> other reason (please specify: _____)

【Instruction】

- ▶ For item A. (4) "Resident Registration" to the municipal office, circle the appropriate number.
- ▶ For "in KATAKANA letters," enter the name in same KATAKANA letters which you registered in *the Application to Enroll in Employees' Health Insurance / Employees' Pension Insurance "SHIKAKU SHUTOKU TODOKE"*.
- ▶ For "in English characters," print the name in English characters in capital letters, which is shown on his/her resident card, special permanent resident certificate, or certified copy of his/her resident registry. If name in English characters is not available, check appropriate box in item C. to indicate the reason, and enter name in KATAKANA letters which was used in your *Application to Enroll in EHI / EPI* in (5).
- ▶ For item "Name used for other reporting to JPS," check the box ☒ if you have registered the name with JPS, such as in your *Application to Enroll in EHI/EPI*.

備考: 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。