

建設

キャリアアップシステム

証明書類見本一覧

第 3.1 版

技能者編



一般財団法人建設業振興基金

目次

| | |
|-----------------------|----|
| 証明書類について | 1 |
| 各種留意事項 | 2 |
| 証明書类等チェックリスト | 7 |
| 同意書見本一覧 | 9 |
| 本人確認書類見本一覧..... | 14 |
| 通称名・旧姓名確認書類見本一覧 | 22 |
| 健康保険証明書類見本一覧 | 26 |
| 年金保険証明書類見本一覧 | 35 |
| 雇用保険証明書類見本一覧 | 40 |
| 退職金制度証明書類見本一覧 | 42 |
| 労災保険特別加入証明書類見本一覧..... | 45 |

各種留意事項

1. 申請書の記入に関する留意事項

- 社会保険の証明書類の番号に、ハイフン「-」、ナカグロ「・」、スラッシュ「/」などの記号が表記されている場合でも、申請書に記入する際には記号を記入せず、詰めて記入してください。
- 「労災保険特別加入」は、役員、一人親方の方が対象の保険です。労災保険の上乗せ部分は該当いたしませんのでご注意ください。証明書類についても、「特別加入」と記載されている書類を添付してください。

■ 加入している社会保険でよく間違われる記入内容

(例)

● 国民健康保険組合（建設国保など）・国民健康保険(市町村国保)加入技能者の場合

国民健康保険組合（建設国保など）・国民健康保険(市町村国保)に加入されている事業者による健康保険項目の誤記入が多く見られます。間違えないようにご注意ください。

| 6 加入している社会保険等についてご記入ください※1 | | | |
|----------------------------|------|---|---|
| ①健康保険 | 加入状況 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 適用除外 | 適用除外理由コード |
| | 種類 | <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(全国健康保険協会) <input type="checkbox"/> 各種共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(市町村国保) <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険組合(建設国保) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 船員保険(全国健康保険協会) | 保険者番号 マスキング 保険者名称 〇〇建設国民健康保険組合 |

※被用者保険以外に加入の方は、「適用除外」にし点チェックを入れ、適用除外理由コードをご記入ください。

国民健康保険組合（建設国保など）・国民健康保険（市町村国保）に加入している場合は、「加入状況」は「有」を選択せず、「適用除外」を選択し、「適用除外理由コード」の「001」～「009」のいずれかをご記入ください。

保険者番号はマスキングしてください。

保険者名称は証明書類（健康保険証）をご確認の上、ご記入ください。

2. 書類の添付に関する留意事項（1）～マスキング～

建設キャリアアップシステムでは、個人情報保護法に基づき申請者様に確認書類を添付していただく際、以下の項目及び該当箇所のマスキングをお願いしております。マスキングがない書類は、不備となる場合がございます。

| 証明書類として認められるもの | 証明書類として認められないもの |
|---|---|
| <p>申請者本人のみ記載されており、公印が確認できる証明書類（写し）</p> <p>※事務組合などの公印の有無が必ず確認できる証明書類（写し）をご提出ください。</p> <div data-bbox="276 763 719 1010"> <p>(例)</p> </div> | <p>●申請者本人以外の情報も記載されている証明書類（写し）</p> <p>●証明書類（写し）に公印が確認できない書類</p> <div data-bbox="882 763 1326 1010"> <p>(例)</p> </div> |
| <p>※健康保険記号番号、健康保険保険者番号、基礎年金番号などもマスキング必須箇所となります。</p> <div data-bbox="276 1182 719 1469"> <p>(例)</p> </div> | <p>※申請者本人の情報でも該当項目にマスキングがされていないものは認められません。</p> <div data-bbox="882 1182 1326 1469"> <p>(例)</p> </div> |

マスキング項目

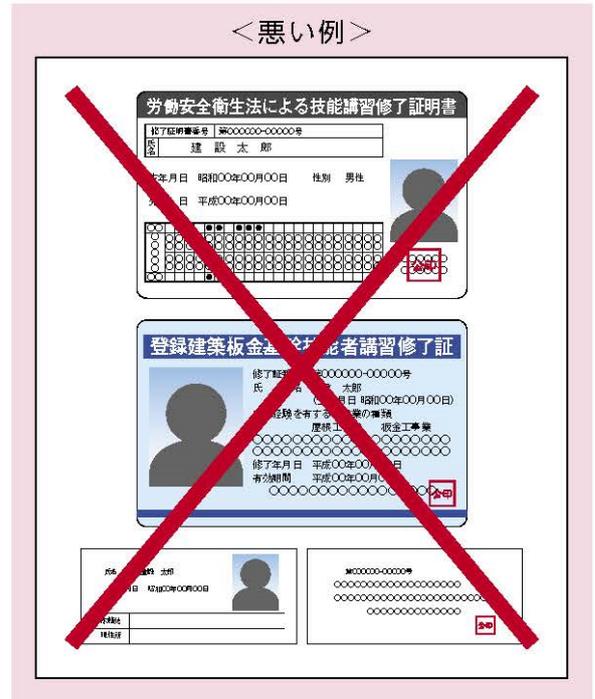
- 他者の個人情報
- マイナンバー → 記載書類（例）：マイナンバーカード、確定申告書
- 健康保険被保険者 記号 → 記載書類（例）：健康保険証
- 健康保険被保険者 番号 → 記載書類（例）：健康保険証
- QRコード
- 健康保険 保険者番号
- 住民票コード → 記載書類（例）：住民票
- 基礎年金番号 → 記載書類（例）：標準報酬決定通知書

※ 運営主体にてマスキングを行う場合がございます。

3. 書類の添付に関する留意事項（2）～書類のJPEG化～

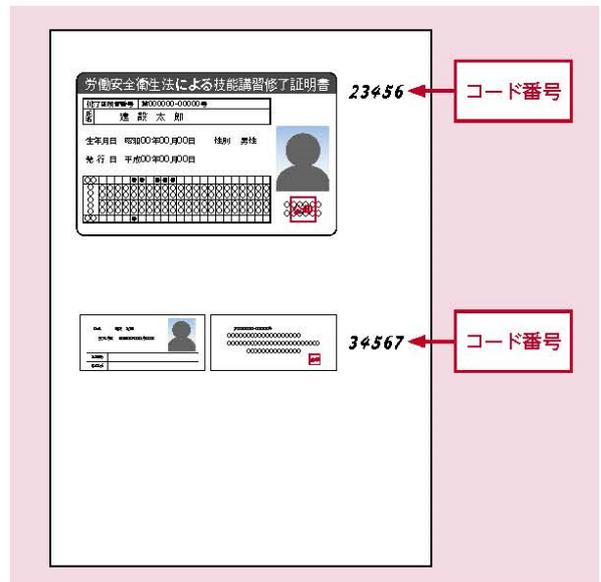
インターネット申請にて確認書類を提出する際は1資格1データ（JPEG）での申請をお願いします。

1データに複数の資格を載せて申請した際、不備となる場合があります。

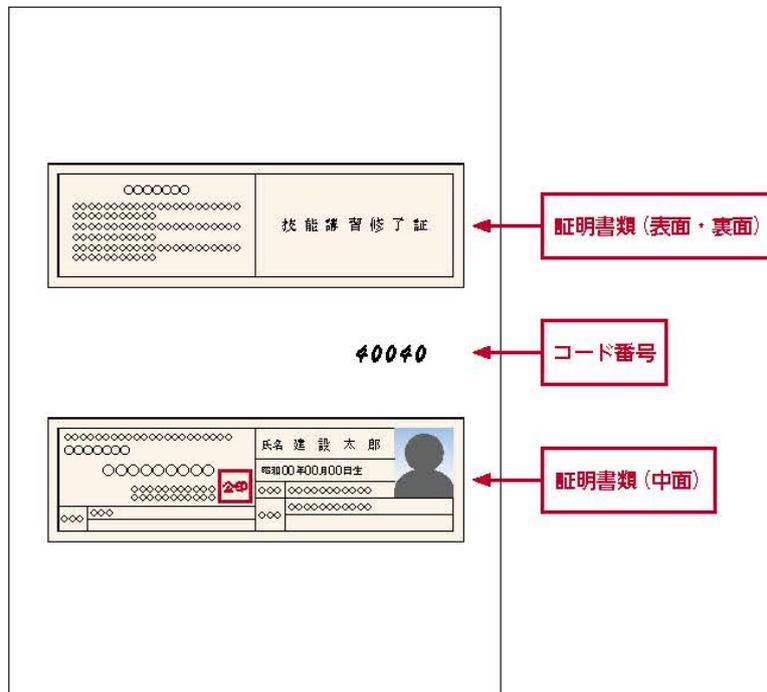


〈参考〉認定登録機関申請にて確認書類を提出する場合

- 1つの証明書につき、A4サイズ用紙1枚片面のみ記載されている状態で提出してください。両面コピーはしないでください。
- 資格の証明書類をコピーする場合、保有資格証明書類をそれぞれA4サイズでコピーし、コピーした証明書類のヨコに5桁のコード番号を必ず記入してください。



- 証明書類の表面・裏面と中面コピーが必要な場合、証明書類の写し2枚（表面・裏面と中面）で1つの資格として確認できる場合、中面のみのコピーでは技能講習と特別教育が判別できません。表面・裏面と中面の両方のコピーをA4サイズ1枚にコピーしてください。



4. 書類の添付に関する留意事項（3）～写真（JPEG）を添付する場合～
インターネット申請にて証明書類をデジタルカメラ、スマートフォン等で撮影して提出する場合は証明書類の表面と裏面を2データに分けて添付を行ってください。

本人確認書類

以下の本人確認書類をデジタルカメラ・スマートフォンによる撮影またはスキャナで取込みにより電子データとして用意してください。書類の電子化ができない方は、インターネットでの申請はできません。お手数ですが郵送での申請をお願い致します。

国籍 **必須**
日本

本人確認書類1

公的身分証明書 **必須** **選択**

申請者及びその親族以外の個人情報が記載されている場合は該当箇所は伏せてから添付をしてください。記載内容が鮮明に判読できる画像を添付してください。不鮮明な書類は、無効となります。

在留資格で特定技能1号、特定技能2号を選択時は本人確認書類として「在留カード」を添付してください。

運転免許証 **選択**

運転免許証表面.jpg 参照 削除 運転免許証裏面.jpg 参照 削除

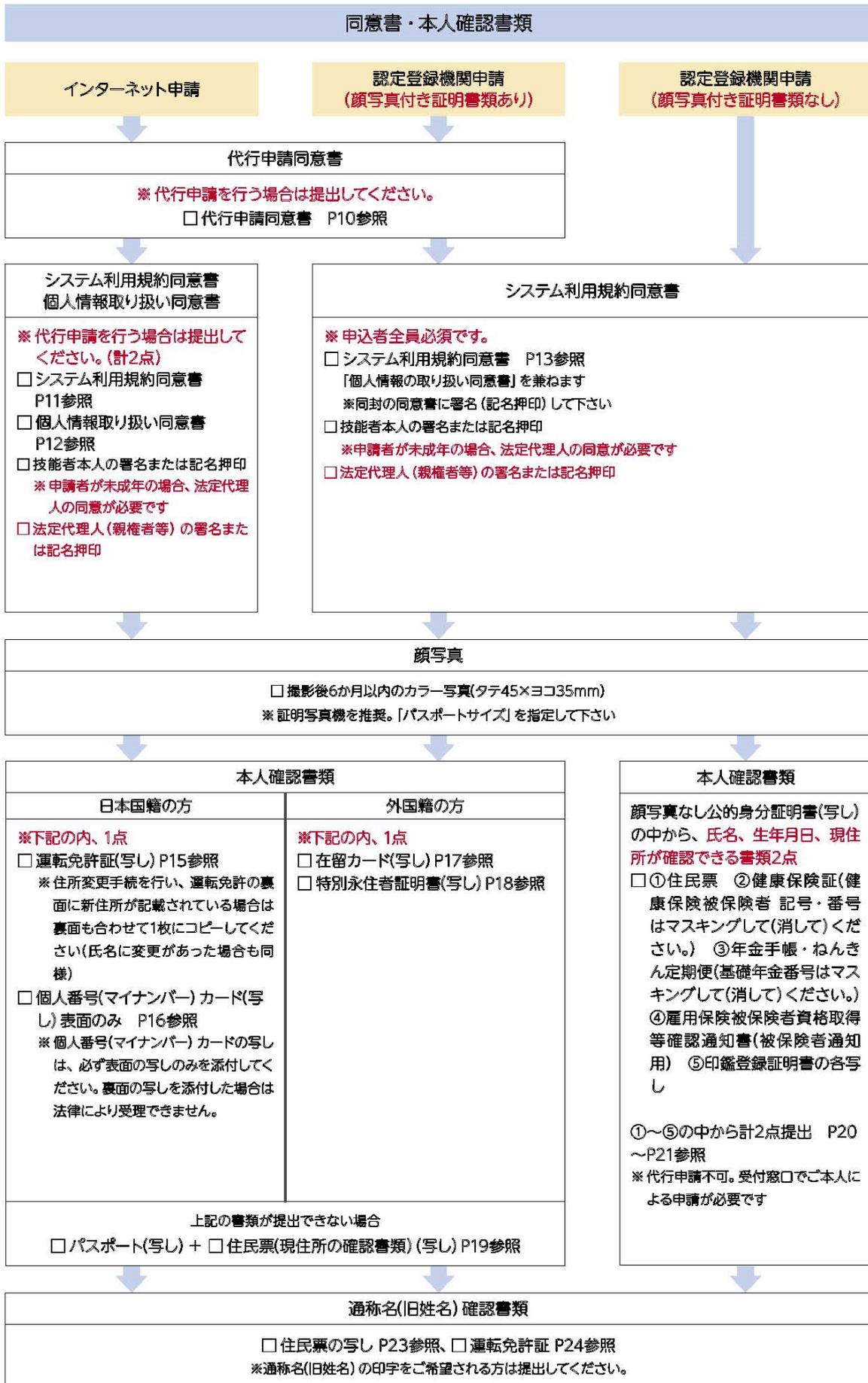
※「選択」ボタンをクリックするとデータを添付できます。

5. 氏名・住所等の変更申請時に添付する証明書類について

氏名・住所・国籍等が変わった場合は、変更申請を行い、下記の書類を提出してください。

| | | |
|---------|----------|---|
| 氏名 | | 下記のうち、いずれか1点 ・運転免許証(裏面必須) ・住民票 ・在留カード ・特別永住者証明書等 ・全部事項証明書 |
| 通称名・旧姓名 | | 下記のうち、いずれか1点 ・運転免許証(裏面必須) ・住民票 ・全部事項証明書 |
| 住所 | | 下記のうち、いずれか1点 ・運転免許証(裏面必須) ・住民票 ・在留カード ・特別永住者証明書等(裏面必須) ・全部事項証明書 |
| 国籍 | 日本国籍→外国籍 | ・在留カードまたは特別永住者証明書等(裏面必須) |
| | 外国籍→日本国籍 | ・住民票 |

～証明書类等チェックリスト～



社会保険・資格等確認書類

| 項目 | | 証明書類 (写し) | 掲載ページ | 備考 |
|--|---|--|--|--|
| 健康保険 | 全国健康保険協会 (協会けんぽ) 加入有 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 医療の資格情報 <input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 | P26 ~ P34 | |
| | 船員保険 加入有 | <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額 決定通知書 | | |
| | 健康保険組合 加入有 | <input type="checkbox"/> 健康保険・厚生年金保険被保険者賞与支払届 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者資格証明書 | | |
| | 各種共済組合 加入有 | | | |
| | 健康保険適用除外 (国保組合) | ※健康保険の被保険者記号・番号、QRコード、保険者 番号は、必ずマスキングして(塗りつぶして)くだ さい。 | | |
| | 国民健康保険 適用除外001~009 | | | |
| | 後期高齢者医療制度 適用除外010 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 | | |
| 年金保険 | 【厚生年金に 加入の場合】 加入有 | <input type="checkbox"/> 厚生年金加入証明書 (雇用主作成) | P36 | いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P35 ~ P39 をご参照 ください。 |
| | | <input type="checkbox"/> 健康保険・厚生年金保険標準報酬決定通知書 | P37 | |
| | | <input type="checkbox"/> 健康保険/ 厚生年金保険被保険者賞与支払届 | P38 | |
| | ※基礎年金番号は必ずマスキングして(塗りつぶして)ください。 ※社会保険の証明書類(写し)に申請者以外の個人情報が記載され ている場合は、申請に不要な部分をマスキングして(塗りつぶし て)ください。申請者本人以外の情報が記載された証明書類(写 し)は、証明書類として認められません。 | | - | |
| | 【国民年金に 加入の場合】 適用除外021~029 | <input type="checkbox"/> ねんきん定期便 <input type="checkbox"/> 領収済通知書 | P39 | |
| 雇用保険 | | <input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 <input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証 | P41 | いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P40 ~ P41 をご参照 ください。 |
| 退職金制度 確認書類 | 建設業退職金共済 | <input type="checkbox"/> 建設業退職金共済手帳 | P43 | 加入している場合のみ ご提出ください。 詳しくはP42~P44を ご参照ください。 |
| | 中小企業退職金共済 | <input type="checkbox"/> 中小企業退職金共済手帳 | P44 | |
| 労災保険特別加入 | | <input type="checkbox"/> 労災保険加入証明証 <input type="checkbox"/> 労災保険特別加入加入済確認証 <input type="checkbox"/> 労災保険加入証明書 (特別加入) (一人親方) <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険 特別加入証明書 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険 特別加入証明証 (一人親方の場合) <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険特別加入証明書 (第一種) <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険 特別加入申請書 <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 | P46 P47 P48 P49 P50 P51 P52 P53 | 加入している場合のみ いずれか1点をご提出 ください。詳しくは P45 ~ P53 をご参照 ください。 |
| 各種資格等確認書類 P4~P5参照 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 登録基幹技能者講習修了証 <input type="checkbox"/> 保有資格証明書類 <input type="checkbox"/> 研修受講・修了証明書類 <input type="checkbox"/> 表彰証明書類 | | | | |

同意書見本一覧

| 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|-----|-----------------------|--------|
| 同意書 | 代行申請同意書 | 10 ページ |
| | システム利用規約同意書 | 11 ページ |
| | 個人情報取り扱い同意書 | 12 ページ |
| | システム利用規約同意書（認定登録機関申請） | 13 ページ |

システム利用規約同意書（インターネット申請）

※インターネット申請で代行申請を行う場合は、提出してください。

インターネット申請専用

技 新規 建設キャリアアップシステム 技能者情報 登録申請書

建設キャリアアップシステム利用規約同意書

※ 申込者全員必須

建設キャリアアップシステムへの利用申し込みには、「建設キャリアアップシステム利用規約」に同意いただく必要があります。また、本財団は本システムに登録いただいた登録ユーザーの個人情報の取り扱いについて下記のように定め、個人情報の保護に関する法律その他の関係する法令ならびに本財団規程などを遵守し、個人情報を適法かつ適正に取り扱います。

建設キャリアアップシステム個人情報保護方針

■建設キャリアアップシステムにおける個人情報の取り扱いについて（別紙）（抜粋）

1 利用目的について

- (1) 技能者が技能や経験に応じた適切な評価を受け、処遇の改善に結びつくよう、技能者、その所属事業者、元請等の事業者が協力して、「技能者基本情報」（別表1に列挙する個人情報を含む。以下同じ）と「技能者就業履歴情報」（別表2に列挙する個人情報を含む。以下同じ）を以下のように本システムにおいて登録、蓄積及び最新の情報に更新するため。
 - (1)-1. 技能者基本情報を、技能者（又は技能者の委託を受けた所属事業者、事業者団体等）が本システムにおいて登録及び更新する。
 - (1)-2. 技能者就業履歴情報を、技能者の所属事業者、元請等の事業者、技能者が本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。
 - (1)-3. 技能者就業履歴情報を構成する「事業者情報」（別表3に列挙する個人情報を含む。以下同じ）、「現場・契約情報」（別表4に列挙する個人情報を含む。以下同じ）を、技能者の所属事業者、元請等の事業者が本システムにおいて登録及び更新する。
 - (1)-4. 技能者就業履歴情報、技能者基本情報、事業者情報及び現場・契約情報、本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）して本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。
- (2) (1)により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を利用して、登録ユーザーが優れた技能者及びその所属する事業者を適切に把握及び評価するため。また、今後整備される技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みと連携して、技能者の雇用の安定や処遇を改善するため。
 - (2)-1. 登録ユーザー間で技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を共有する（共同利用）。ただし、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。
 - (2)-2. 技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人及びその所属事業者の同意している項目について、技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みの運営主体に対して、必要な範囲で提供する。
- (3) (1)により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を利用して、より正確かつ効率的に、技能者が入場中、移動中の現場において元請、上位下請事業者が工事現場の安全衛生の確保、社会保険の加入確認、建設業退職金共済制度における共済証書の適切な交付ができるようにし、現場の適切な管理と業務の効率化、工事事質の向上につなげるため。
 - (3)-1. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、必要な範囲で、現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者で共有する（共同利用）。
 - (3)-2. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、本システムと本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）する。
- (4) 登録手続、連絡、本人確認、事業者の特定その他本システムの適正かつ円滑な運用を確保するため。
- (5) システムの推進及び関係者に対する広報活動並びに本システムの改善に必要な調査のため。
- (6) 建設産業における課題などの調査・分析のため。

2 個人情報の共同利用について

- (1) 趣旨
利用目的(1)から(3)までと同じ
- (2) 共同利用する個人データの項目
 - ①「技能者基本情報」
 - ②「技能者就業履歴情報」
 - ③「事業者情報」
 - ④「現場・契約情報」
 ただし、利用目的(2)-1に関しては、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。
- (3) 共同利用する者の範囲と利用目的
 - ①建設工事業務遂行のため、当該建設工事業務に従事し、又は従事しようとする技能者本人に関する技能者基本情報及び技能者就業履歴情報の全部若しくは一部を保有し、又は保有しようとしている、民間入退場管理システム、安全管理システム等（本システムと連携する条件を満たすものとして本財団が認定したものに限り）の利用事業者及び運営事業者（利用目的(1)-4及び(3)-2）
 - ②本システムの登録ユーザー（利用目的(2)-1及び(3)-1）。ただし、利用目的(3)-1については、技能者が入場し、又はした現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者に限る。
- (4) 当該個人データの管理について責任を有する者
 - ①建設キャリアアップシステム 担当部長
 - ②本財団が認定する民間システム

■建設キャリアアップシステム利用規約について（抜粋）

利用の解除

1. 本財団は、登録ユーザーが、以下の各号のいずれかの事由に該当する場合は、事前に通知又は催告することなく、当該登録ユーザーについて本サービスの利用を一時的に停止し、若しくは登録ユーザーとしての登録を抹消、若しくはサービス利用契約を解除することができます。
 - (1) 本規約のいずれかの条項に違反した場合
 - (2) 登録事業者によって支払停止又は支払不能となり、若しくは破産手続開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始、特別清算開始若しくはこれらに類する手続の開始の申立てがあった場合
 - (3) 12ヶ月以上本サービスの利用がない場合
 - (4) 本財団からの問い合わせその他の回答を求める連絡に対して14日間以上応答がない場合
 - (5) 第5条第4項各号に該当する場合
 - (6) その他、適切なシステム運用の観点から本財団が本サービスの利用、登録ユーザーとしての登録、又はサービス利用契約の継続を適当でないと判断した場合
 2. 前項各号のいずれかの事由に該当した場合、登録ユーザーは、本財団に対して負っている債務について当然に期限の利益を失い、直ちに本財団に対して全ての債務の支払いを行わなければならない。
 3. 本財団は、本条に基づき本財団が行った行為により登録ユーザーに生じた損害について責任を負いません。
- 詳細については、本財団ホームページに掲載している「建設キャリアアップシステム個人情報保護方針」をお読みください。なお、「建設キャリアアップシステム利用規約」については、登録申請書手引にも掲載しております。

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム利用規約の内容を確認し、これに同意します。

署名または記名押印

※1 署名または記名押印日 年 月 日

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム利用規約の内容を確認し、左記の者が申請することに同意します。

※申請者が未成年者の場合は、法定代理人の署名または記名押印が必須となります。

法定代理人（親権者 後見人 保佐人 補助人 その他）

※2

署名または記名押印

署名または記名押印日 年 月 日

※1 受付日(初回申請日)より前の日付を、ご記入ください。

※2 法定代理人の方が署名を行うときのみ、記入してください。

外国人かつ未成年の方の場合は、受け入れ企業のご担当者様が後見人としてご署名ください。

個人情報取り扱い同意書（インターネット申請）

※インターネット申請で代行申請を行う場合は、提出してください。

インターネット申請専用

技 新規 建設キャリアアップシステム 技能者情報 登録申請書

建設キャリアアップシステム個人情報取り扱い同意書

※申込者全員必須

建設キャリアアップシステムへの利用申し込みには、「建設キャリアアップシステム利用規約」に同意いただく必要があります。また、本財団は本システムに登録いただいた登録ユーザーの個人情報の取り扱いについて下記のように定め、個人情報の保護に関する法律その他の関係する法令ならびに本財団規程などを遵守し、個人情報を適法かつ適正に取り扱います。

■個人情報の取り扱いについて（抜粋）

1 利用目的について

- 技能者が技能や経験に応じた適切な評価を受け、処遇の改善に結びつくよう、技能者、その所属事業者、元請等の事業者が協力して、「技能者基本情報」（建設キャリアアップシステム個人情報保護方針（<http://www.kensetsu-kikin.or.jp/cous/profile/p-policy>）の別表1に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）と「技能者就業履歴情報」（本財団個人情報保護方針の別表2に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）を以下のように本システムにおいて登録、蓄積及び最新の情報に更新するため。
 - 技能者基本情報を、技能者（又は技能者の委託を受けた所属事業者、事業者団体等）が本システムにおいて登録及び更新する。
 - 技能者就業履歴情報を、技能者の所属事業者、元請等の事業者、技能者が本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。
 - 技能者就業履歴情報を構成する「事業者情報」（本財団個人情報保護方針の別表3に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）、「現場・契約情報」（本財団個人情報保護方針の別表4に列挙する個人情報を用いる。以下同じ。）を、技能者の所属事業者、元請等の事業者が本システムにおいて登録及び更新する。
 - 技能者就業履歴情報、技能者基本情報、事業者情報及び現場・契約情報を、本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）して本システムにおいて登録、蓄積及び更新する。
- 1により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を活用して、登録ユーザーが優れた技能者及びその所属する事業者を適切に把握及び評価するため。また、今後整備される技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みと連携して、技能者の雇用の安定や処遇を改善するため。
 - 登録ユーザー間で技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を共有する（共同利用）。ただし、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。
 - 技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人及びその所属事業者の同意している項目について、技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みの運営全体に対して、必要な範囲で提供する。
- 1により登録及び蓄積された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報を活用して、より正確かつ効率的に、技能者が入場中、稼働中の現場において元請、上位下請事業者が工事現場の安全衛生の確保、社会保険の加入確認、建設業退職金共済制度における共済証書の適切な交付ができるようにし、現場の適切な管理と実務の効率化、工物品質の向上につなげるため。
 - 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、必要な範囲で、現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者で共有する（共同利用）。
 - 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場・契約情報について、本システムと本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携（共同利用）する。

4. 登録手続、連絡、本人確認、事業者の特定その他本システムの適正かつ円滑な運用を確保するため。

5. 本システムの推進及び関係者に対する広報活動並びに本システムの改善に必要な調査のため。

6. 建設産業における課題などの調査・分析のため。

2 個人情報の共同利用について

- 趣旨
利用目的1から3までと同じ
- 共同利用する個人データの項目
 - 「技能者基本情報」
 - 「技能者就業履歴情報」
 - 「事業者情報」
 - 「現場・契約情報」
 ただし、利用目的2-1に関しては、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。

3 共同利用する者の範囲と利用目的

- 建設工事業務遂行のため、当該建設工事業務に従事し、又は従事しようとする技能者本人に関する技能者基本情報及び技能者就業履歴情報の全部若しくは一部を保有し、又は保有しようとしている、民間入退場管理システム、安全管理システム等（本システムと連携する条件を満たすものとして本財団が認定したものに限る）の利用事業者及び運営事業者（利用目的1-4及び3-2）
- 本システムの登録ユーザー（利用目的2-1及び3-1）。ただし、利用目的3-1については、技能者が入場し、又はした現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者に限る。

4 当該個人データの管理について責任を有する者

- 建設キャリアアップシステム 担当部長
- 本財団が認定する民間システム ※認定システム名を別記

3 個人情報の第三者提供について

- 本財団は、以下のいずれかに該当する場合を除き登録ユーザーの個人情報を第三者に提供しないものとする。
- 登録ユーザーから事前に同意を得た場合
 - 法令に基づき提供を求められた場合
 - 人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合であって、登録ユーザーの同意を得ることが困難である場合
 - 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、登録ユーザーの同意を得ることが困難である場合
 - 国又は地方公共団体などが法令の定める事務を実施するうえで、協力する必要がある場合であって、登録ユーザーの同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがある場合
 - 利用目的の達成に必要な範囲内において外部委託した場合
 - 「2 個人情報の共同利用について」の共同利用者の範囲に掲げる者に提供する場合
- 詳細については、本財団ホームページに掲載している「個人情報保護方針」、「建設キャリアアップシステムにおける個人情報の取り扱いについて（利用目的）」、「共同利用について」「個人情報の第三者提供について」をお読みください。

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム個人情報保護方針等の内容を確認し、これに同意します。

本人署名または記名押印

※1 署名または記名押印日 年 月 日

上記に記載の他、本財団ホームページに記載されている建設キャリアアップシステム個人情報保護方針等の内容を確認し、左記の者が申請することに同意します。

※申請者が未成年者の場合は、法定代理人の署名または記名押印が必須となります。

※2 法定代理人（ 親権者 後見人 保佐人 補助人 その他）

本人署名または記名押印

署名または記名押印日 年 月 日

※1 受付日(初回申請日)より前の日付を、ご記入ください。

※2 法定代理人の方が署名を行うときのみ、記入してください。

外国人かつ未成年の方の場合は、受け入れ企業のご担当者様が後見人としてご署名ください。

次項目への移動は **Tab** キーを押下。チェックボックスは **Enter** キーでオンオフできます。 **入力のリセット**

技能者 建設キャリアアップシステム 技能者情報 登録申請書

9/10
枚目

14 建設キャリアアップシステム利用規約同意書

※申込者全員必須

建設キャリアアップシステムへの利用申し込みには、「建設キャリアアップシステム利用規約」に同意いただく必要があります。また、本財団は本システムに登録いただいた登録ユーザーの個人情報取り扱いについて下記のように定め、個人情報の保護に關する法律その他の關係する法令ならびに本財団規程などを遵守し、個人情報を適法かつ適正に取り扱います。

建設キャリアアップシステム個人情報保護方針

■建設キャリアアップシステムにおける個人情報の取り扱いについて(別添) (抜粋)

1 利用目的について

- (1) 技能者が技能や経験に応じた適切な評価を受け、処遇の改善に結びつくよう、技能者、その所属事業者、元請等の事業者が協力して、「技能者基本情報」(建設キャリアアップシステム個人情報保護方針(https://www.ccas.jp/files/documents/privacy.pdf)の別添1)に列挙する個人情報(以下「同じ」と技能者就業履歴情報(本財団個人情報保護方針の別添2)に列挙する個人情報(以下「同じ」))を以下のように本システムにおいて登録、管理及び更新する情報とする。
 - (1)-1. 技能者基本情報を、技能者(又は技能者の委託を受けた所属事業者、事業者団体等)が本システムにおいて登録及び更新する。
 - (1)-2. 技能者就業履歴情報を、技能者の所属事業者、元請等の事業者、技能者が本システムにおいて登録、管理及び更新する。
 - (1)-3. 技能者就業履歴情報を構成する「事業者情報」(本財団個人情報保護方針の別添3)に列挙する個人情報(以下「同じ」)、「現場-契約情報」(本財団個人情報保護方針の別添4)に列挙する個人情報(以下「同じ」))を、技能者の所属事業者、元請等の事業者が本システムにおいて登録及び更新する。
 - (1)-4. 技能者就業履歴情報、技能者基本情報、事業者情報及び現場-契約情報、本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等と連携(共同利用)して本システムにおいて登録、管理及び更新する。
- (2) (1)により登録及び管理された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場-契約情報を利用して、登録ユーザーが属した技能者及びその所属する事業者を適切に把握及び評価するため。また、今後登録される技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みと連携して、技能者の雇用の安定や処遇を改善するため。
 - (2)-1. 登録ユーザー間で技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場-契約情報を共有する(共同利用)。ただし、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。
 - (2)-2. 技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人及びその所属事業者の同意している項目について、技能者の技能評価及び事業者の施工能力評価の仕組みの運営主体に対して、必要な範囲で提供する。
- (3) (1)により登録及び管理された技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場-契約情報を利用して、より正確かつ効率的に、技能者が入場中、帰場中の現場において元請、上位下請事業者が工事現場の安全衛生の確保、社会保険の加入確認、建設現場安全確保に関する共有情報の適切な交付ができるよう、現場の適切な管理と業務の効率化、工物品質の向上につなげるため。
 - (3)-1. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場-契約情報について、必要な範囲で、現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者で共有する(共同利用)。
 - (3)-2. 技能者基本情報、技能者就業履歴情報、事業者情報及び現場-契約情報について、本システムと本財団が認定する民間入退場管理システム、安全管理システム等とで連携(共同利用)する。
- (4) 登録手続、連絡、本人確認、事業者の特定その他本システムの適正かつ円滑な運用を確保するため。
- (5) 本システムの推進及び関係者に対する広報活動並びに本システムの改善に必要な調査のため。

- (6) 建設産業における課題などの調査・分析のため。

2 個人情報の共同利用について

- (1) 趣旨
利用目的(1)から(3)までと同じ
- (2) 共同利用する個人データの項目
①「技能者基本情報」
②「技能者就業履歴情報」
③「事業者情報」
④「現場-契約情報」
ただし、利用目的(2)-1に關しては、技能者が所属する事業者以外の事業者については、技能者基本情報や技能者就業履歴情報のうち、技能者本人又はその所属事業者が共有の同意をしていない内容を除く。
- (3) 共同利用する者の範囲と利用目的
①建設工事業務遂行のため、当該建設工事業務に従事し、又は従事しようとする技能者本人に關する技能者基本情報及び技能者就業履歴情報の全部若しくは一部を保有し、又は保有しようとしている、民間入退場管理システム、安全管理システム等(本システムと連携する条件を満たすものとして本財団が認定したものに限る)の利用事業者及び運営事業者(利用目的(1)-4及び(3)-2)
②本システムの登録ユーザー(利用目的(2)-1及び(3)-1)。ただし、利用目的(3)-1については、技能者が入場し、又はした現場の元請、上位下請事業者及び技能者の所属事業者に限る。
- (4) 当該個人データの管理について責任を有する者
①建設キャリアアップシステム 担当部長
②本財団が認定する民間システム ※認定システム名を別記

■建設キャリアアップシステム利用規約について(抜粋)

利用の解除

1. 本財団は、登録ユーザーが、以下の各号のいずれかの事由に該当する場合は、事前に通知又は催告することなく、当該登録ユーザーについて本サービスの利用を一時的に停止し、若しくは登録ユーザーとしての登録を抹消、若しくはサービス利用契約を解除することができます。
 - (1) 本規約のいずれかの条項に違反した場合
 - (2) 登録事業者において支払停止又は支払不能となり、若しくは破産手続開始、民事再生手続開始、会社更生手続開始、特別清算開始若しくはこれらに關する手続の開始の申立てがあった場合
 - (3) 12ヶ月以上本サービスの利用がない場合
 - (4) 本財団からの問い合わせその他の回答を求める連絡に対して14日間以上応答がない場合
 - (5) 第5条第4項各号に該当する場合
 - (6) その他、適切なシステム運用の観点から本サービスの利用、登録ユーザーとしての登録、又はサービス利用契約の継続を適当でないとして判断した場合
 2. 前項各号のいずれかの事由に該当した場合、登録ユーザーは、本財団に対して負っている債務について当該に關する利益を失い、直ちに本財団に対して全ての債務の支払いを行わなければならない。
 3. 本財団は、本条に基づき本財団が行った行為により登録ユーザーに生じた損害について責任を負いません。
- 詳細については、本財団ホームページに掲載している「建設キャリアアップシステム個人情報保護方針」および「建設キャリアアップシステム利用規約」をお読みください。

上記に記載の他、「技能者情報登録申請書」の手引に記載されている利用規約の内容を確認し、これに同意します。

署名または記名押印

※1 署名または記名押印日 年 月 日

上記に記載の他、「技能者情報登録申請書」の手引に記載されている利用規約の内容を確認し、左記の者が申請することに同意します。
※申請者が未成年者の場合は、法定代理人の署名または記名押印が必須となります。

※2 法定代理人(親権者 後見人 保佐人 補助人 その他)
署名または記名押印

署名または記名押印日 年 月 日

10枚目へ

2023-4月

- ※1 受付日(初回申請日)より前の日付を、ご記入ください。
- ※2 法定代理人の方が署名を行うときのみ、記入してください。
外国人かつ未成年の方の場合は、受け入れ企業のご担当者様が後見人としてご署名ください。
- ※3 認定登録機関申請の場合は、個人情報の取り扱い同意書の提出の必要はありません。
(システム利用規約同意書・個人情報取り扱い同意書の兼用となります。)

本人確認書類見本一覧

| 大分類 | 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------|
| インターネット 申請・ 認定登録機関 申請 | 日本国籍 | 運転免許証 | 15 ページ |
| | | マイナンバーカード | 16 ページ |
| | 外国籍 | 在留カード | 17 ページ |
| | | 特別永住者証明書 | 18 ページ |
| | 日本国籍・外国籍 | パスポート + 住民票 | 19 ページ |
| 認定登録機関 申請のみ | 認定登録機関申請のみ (日本国籍・外国籍) | 住民票 + 健康保険被保険者証 | 20 ページ |
| | | 印鑑登録証明書 + 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 | 21 ページ |

発行元：市区町村

印 鑑 登 録 証 明 書

| | | | |
|--|------|--------------|---|
| 印 影  | 氏 名 | 建設 太郎 | ① |
| | 生年月日 | 昭和00年00月00日生 | ② |
| | 住 所 | 〇〇町0丁目0番地 | ③ |
| | 備 考 | | |

この写しは、登録された印影と相違ないことを証明する。

令和0年00月00日

〇〇県〇〇市長



発行元：公共職業安定所

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書
(被保険者通知用)

センター 公共職業安定所長 

| | | | |
|---------------|--------------------|---------|--------------------------------------|
| 被保険者番号 | 確認(受理) 通知年月日 | 資格取得年月日 | 取得時被保険者種類 |
| 0000-000000-0 | H000000 | H000000 | 0 (〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇) |
| 被保険者氏名 | 生年月日 (元号一年月日) | | |
| ケンセツ タロウ ① | 0 000000 (〇〇〇 〇〇〇) | | |
| 事業所名略称 | 転勤の年月日 | | |
| 株式会社 〇〇建設 | | | |

- ① 氏名
- ② 生年月日
- ③ 住所
- ④ 証明印等 (公印・受領印・発行者印等…)

通称名・旧姓名証明書類見本一覧

| 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|------|------------------|--------|
| 通称名・ | 住民票（写し） | 23 ページ |
| 旧姓名 | 運転免許証 | 24 ページ |
| 証明書類 | 全部事項証明書 ※旧姓名の方のみ | 25 ページ |

運転免許証（通称名・旧姓名）

| | | | | | | | | | |
|---|------------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| ① | 氏名 | 李 太郎 (建設太郎) | 昭和 00 年 00 月 00 日生 | | | | | | |
| | 住所 | 東京都〇〇区〇〇町 0-0-0 | | | | | | | |
| | 交付 | 令和 00 年 00 月 00 日 01234 | | | | | | | |
| ② | | 0000年(令和00年)00月00日まで有効 | | | | | | | |
| | 免許の 条件等 | 眼鏡等 中型車は中型車(8t)に限る | | | | | | | |
| | | 優良 | | | | | | | |
| | 番号 | 第 0000000000000 号 | | | | | | | |
| | 二・小・原 | 平成 00 年 00 月 00 日 | 種 <table border="1"><tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr></table> | ○ | ○ | ○ | — | — | — |
| ○ | ○ | ○ | — | — | — | | | | |
| | 他 | 平成 00 年 00 月 00 日 | 類 <table border="1"><tr><td>○</td><td>○</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr></table> | ○ | ○ | — | — | — | — |
| ○ | ○ | — | — | — | — | | | | |
| | 二種 | 平成 00 年 00 月 00 日 | 類 <table border="1"><tr><td>○</td><td>○</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td><td>—</td></tr></table> | ○ | ○ | — | — | — | — |
| ○ | ○ | — | — | — | — | | | | |
| | | | 運転免許証 〇〇〇 公安委員会  | | | | | | |

① 氏名（通称名または旧姓名記載のもの）

② 有効期限

健康保険証明書類見本一覧

| 証明書類の種類 | 見本ページ |
|----------------------------|-----------|
| 健康保険証 | 27・28 ページ |
| 医療の資格情報 | 29 ページ |
| 健康保険資格確認書 | 30 ページ |
| 資格情報のお知らせ | 31 ページ |
| 健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書 | 32 ページ |
| 健康保険・厚生年金保険被保険者賞与支払届 | 33 ページ |
| 健康保険被保険者資格証明書 | 34 ページ |

健康保険証

| | 発行元 | 加入区分 |
|-----------|---------------------|----------------------|
| 協会けんぽ | 全国健康保険協会（協会けんぽ） | →加入有として申請 |
| 船員保険 | 全国健康保険協会（協会けんぽ） | |
| 健康保険組合 | 健康保険組合（例〇〇商事健康保険組合） | |
| 共済組合 | 各種共済組合（例〇〇県職員共済組合） | |
| 国民健康保険組合 | 建設国保等 | →適用除外001～009のいずれかを選択 |
| 国民健康保険 | 市区町村 | →適用除外001～009のいずれかを選択 |
| 後期高齢者医療制度 | 都道府県後期高齢者医療広域連合 | 適用除外010を選択 |

【協会けんぽ】 →加入有

健康保険被保険者証 本人（被保険者） 00000
平成00年00月00日交付

記号 マスキング箇所 番号 マスキング箇所

氏名 ケンセツ タロウ
建設 太郎 ①

生年月日 昭和 00年 00月 00日 ② 性別 男

資格取得年月日 平成 00年 00月 00日

事業所名称 〇〇〇〇株式会社

保険者番号 マスキング箇所 ③ 公印

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

保険者所在地 〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇

【健康保険組合】 →加入有

健康保険被保険者証 本人（被保険者） 平成00年00月00日交付

記号 マスキング箇所 番号 マスキング箇所

① 氏名 建設 太郎

② 生年月日 昭和 00年 00月 00日 性別 男

資格取得 平成 00年 00月 00日

有効期限 平成 00年 00月 00日

保険者所在地 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇

保険者番号 マスキング箇所 TEL 00-0000-0000

保険者名称 〇〇〇〇健康保険組合 ③ 公印

発行通番 000000000

【国民健康保険組合】 →適用除外 001

国民健康保険被保険者証（組合員） 有効期限 平成00年00月00日

記号 マスキング箇所 番号 マスキング箇所

氏名 建設 太郎 ①

生年月日 昭和 00年 00月 00日 ② 性別 男 マスキング箇所

資格取得年月日 平成 00年 00月 00日

交付年月日 平成 00年 00月 00日

組合員氏名 建設 太郎

住 所 東京都〇〇区〇〇町〇〇-〇〇-〇〇

事業所名 〇〇〇〇株式会社 ③ 公印

全国土木建築国民健康保険組合 保険者番号 マスキング箇所

① 氏名

② 生年月日

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

健康保険証

【船員保険】→加入有

船員保険被保険者証 本人（被保険者） 平成00年00月00日交付

記号 **マスキング箇所** 番号 **マスキング箇所**

氏名 **ケンセツ 知ウ 建設 太郎** ① 性別 男

生年月日 **昭和00年00月00日** ② 資格取得年月日 平成00年00月00日

船舶所有者氏名 ○○○株式会社

保険者番号 **マスキング箇所** ③ 公印

保険者名称 全国健康保険協会 船員保険部

保険者所在地 ○○区○○町○○-○○-○○

【国民健康保険】→適用除外 001

○ ○ 県 有効期限 平成00年00月00日

国民健康保険被保険者証 記号 **マスキング箇所** 番号 **マスキング箇所**

氏名 **建設 太郎** ① 性別 男

生年月日 **昭和 00年 00月 00日** ② 適用開始年月日 平成 00年 00月 00日

交付年月日 平成 00年 00月 00日 世帯主氏名 建設 太郎

住所 東京都○○区○○町○○-○○-○○ ③ 公印

保険者番号 **マスキング箇所** 交付者名 ○○市

【共済組合】→加入有

○ ○ 県市町村職員共済組合 本人 平成00年00月00日交付

組合員証 (組合員) 記号 **マスキング箇所** 番号 **マスキング箇所**

氏名 **ケンセツ 知ウ 建設 太郎** ① 性別 男

生年月日 **昭和 00年 00月 00日** ② 資格取得年月日 平成 00年 00月 00日

発行機関所在地 ○○県 ○○市 ○○町 ○○-○○-○○

保険者番号 **マスキング箇所** ③ 公印

保険者名称 ○○県市町村職員共済組合

発行番号 0000000

【後期高齢者医療制度】→適用除外 010

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和00年00月00日

交付年月日 令和00年00月00日

| | | |
|-------------------|---------------------|-------------------------|
| 被保険者番号 | マスキング箇所 | |
| 被保険者 | 住所 | ○○市○○町○○-○○-○○ |
| | 氏名 | 建設 太郎 ① 男 |
| | 生年月日 | 昭和 00年 00月 00日 ② |
| 資格取得年月日 | 平成 00年 00月 00日 | |
| 発行期日 | 平成 00年 00月 00日 | |
| 一部負担金の割合 | ○割 | |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | マスキング箇所 ③ 公印 | |
| | ○○県後期高齢者医療広域連合 | |

- ① 氏名
- ② 生年月日
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

医療保険の資格情報

この画面のみでは受診できません。マイナ保険証とあわせて医療機関等の受付に提示してください。

保存日時：2024年〇月〇〇日 時点

| | |
|-----------|-----------------|
| 保 険 者 名 | 全国健康保険協会 〇〇支部 ① |
| 保 険 者 番 号 | マスキング箇所 |
| 記 号 | マスキング箇所 |
| 番 号 | マスキング箇所 |
| 枝 番 | マスキング箇所 |
| 氏 名 | 基金 太郎 ② |

70歳以上の方又は後期高齢者医療の加入者

(注) マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合には、保存したPDFファイルをマイナ保険証とともに医療機関等の受付に提示することで受診いただけます。なお、70歳以上の方や後期高齢者医療の加入者の方は、表示されている有効期限の到来に伴い、一部負担金割合が変更になる場合がありますので、ご注意ください。

① 保険者名

② 氏名

発行元（入手先）：保険者

健康保険 本人（被保険者）
資格確認書 令和6年12月2日交付

記号 マスキング箇所 番号 マスキング箇所 (枝番) マスキング箇所

① 氏名 キョウカイ 知ウ 協会 太郎

② 生年月日 平成元年 5月10日

性別 男

資格取得年月日 令和6年12月2日

有効期限 令和11年11月30日

保険者番号 マスキング箇所

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

保険者所在地 ○○市○○町9-9-99

マスキング箇所

③ 公印

① 氏名

② 生年月日

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 健康保険記号・番号、QRコード、保険者番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

発行元（入手先）：保険者

資格情報のお知らせ

① (交付者名)

マスキング箇所

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。
 なお、このお知らせのみでは受診できません。

| 記号 | マスキング箇所 | 番号 | マスキング箇所 |
|----|-----------------|----------|---------|
| ② | 氏名 | 佐藤 太郎 | |
| | フリガナ | サトウ タロウ | |
| | 負担割合（70歳以上のみ記載） | 〇割 | |
| | 適用開始年月日 | 平成〇年〇月〇日 | |
| | 交付年月日 | 令和〇年〇月〇日 | |

※ 70歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。（下部の切り取り箇所も同様）

スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、
 ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。

－ マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら －



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます
 （このお知らせのみでは受診できません）

資格情報のお知らせ

令和〇年〇月〇日発行
 (交付者名)
 マスキング箇所

記号 マスキング 番号 マスキング (枝番) マスキング

氏名 佐藤 太郎

負担割合 〇割（70歳以上のみ記載）

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

① 保険者名

② 氏名

健康保険・厚生年金保険被保険者賞与支払届

発行元（入手先）：日本年金機構（年金事務所）

| | | | | | | | |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------|--|----------------------------|--|---|---|
| 様式コード 2 2 6 5 | | 健康保険 厚生年金保険 厚生年金保険 | | 被保険者賞与支払届 70歳以上被用者賞与支払届 | |  | |
| 令和 年 月 日提出 | | | | | | | |
| 提出者記入欄 | 事業所整理番号 ① | | 事業所所在地 <small>居る都府県の個人番号に誤りがないことを確認しました。</small> 〒 | | 受付印  | | |
| | 事業所名称 ② | | 事業主氏名 | | | | |
| | 電話番号 () | | 社会保険労務士記載欄 氏名等 | | ④ | | |
| | ③ | | ⑤ | | ⑥ | | |
| 項目名 | ① 被保険者整理番号 | | ② 被保険者氏名 | | ③ 生年月日 | | ⑦ 個人番号 <small>国民年金番号 厚生年金番号 70歳以上被用者の場合のみ</small> |
| 共通 | ④ 賞与支払年月日(共通) | | ⑤ 賞与支払額 | | ⑥ 賞与額(円未満は切捨て) | | ⑧ 備考 |
| 9.令和 年 月 日 ←1枚ずつ必ず記入してください。 | | | | | | | |
| 1 | ④ | | ⑤ | | マスキング箇所 | | |
| 2 | 必ずマスキングして(消して)ください。 | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

- ① 事業所整理番号
- ② 事業所番号
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）
- ④ 被保険者氏名
- ⑤ 生年月日

※ 対象者については、④⑤以外の項目は、マスキングしてください。

※ 対象者以外の被保険者情報は、全てマスキングしてください。

健康保険被保険者資格証明書

発行元（入手先）：保険者

申請年月日 令和 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書交付申請書

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---------|--------------------|----------|-----------------------|--------------------|-----|--|
| 事業主又は被保険者に記入してください | 事業所 | 事業所整理記号 | 事業所番号 | | | | |
| | 被保険者 | フリガナ | ① | 生年月日 | ② 大・昭・平・令 年 月 日 | 男・女 | |
| | | 氏名 | ① | 生年月日 | ② | 男・女 | |
| | 資格取得年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | |
| | 被扶養者 | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 男・女 | |
| | | 氏名 | | 生年月日 | | 男・女 | |
| | | 被扶養者となった日 | | 上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日 | | | |
| | | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 | 男・女 | |
| | | 氏名 | | 生年月日 | | 男・女 | |
| | | 被扶養者となった日 | | 上記資格取得年月日と同じ・令和 年 月 日 | | | |
| 証明書発行理由 | | 健康保険被保険者証発行手続き中のため | | | | | |
| 上記被保険者(被扶養者)にかかる被保険者資格を証明願います。 | | | | | | | |
| 事業所所在地 | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | |
| 事業主(被保険者)氏名 | | | | | | | |
| 日本年金機構理事長 殿 | | | | | | | |

社会保険労務士記載欄

注) 事業主(被保険者)の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

証明年月日 令和 年 月 日

健康保険被保険者資格証明書

上記の被保険者(被扶養者)は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者(被扶養者)の資格を有することを証明します。

日本年金機構理事長 印 ③

| | | | | | |
|---------------|-----------|----------------------|---------|-----|---------|
| 年金事務所が記入するところ | 保険者 | 番号 | マスキング箇所 | | |
| | | 名称 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| | 被保険者証記号番号 | 記号: | マスキング箇所 | 番号: | マスキング箇所 |
| | 証明書有効期間 | 上記証明年月日から 令和 年 月 日まで | | | |

注1) 被保険者は有効期間が経過したとき、又は有効期間内であっても被保険者証が交付された場合は、事業主に返付してください。事業主は、これを年金事務所に提出してください。

注2) 有効期間は証明年月日から20日以内となります。

① 氏名

② 生年月日

③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

※ 保険者番号、健康保険記号番号は、マスキングしてください。

※ 有効期限の記載のあるものは、有効期限内の書類を提出してください。

年金保険証明書類見本一覧

| 大分類 | 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|------|-------|----------------------------|--------|
| 厚生年金 | 加入証明書 | 厚生年金等加入証明書 | 36 ページ |
| | 決定通知書 | 健康保険・厚生年金保険被保険者標準報酬月額決定通知書 | 37 ページ |
| | 支払届 | 厚生年金保険被保険者賞与支払届 | 38 ページ |
| 国民年金 | 通知書 | ねんきん定期便 | 39 ページ |
| | 領収書 | 領収済通知書 | 39 ページ |

発行元（入手先）：事業主

発行元(入手先):事業主

厚生年金等加入証明書:技能者

厚生年金等加入証明書

| | | |
|--|---|---|
| 申請者 | 氏名 | ① |
| | 住所 | |
| 加入年金種別 <small>※該当している年金に○印を付けてください。</small> | ア 厚生年金保険 イ 日本私立学校振興・共済事業団 ウ _____共済組合(公務員は除く) | |
| 年金加入年月日 <small>※現在勤務している事業所において年金制度の被保険者となった日</small> | 昭和・平成・令和 年 月 日 | |

上記の者は、厚生年金等の被用者年金制度における被保険者または組合員であることを証明いたします。

令和 年 月 日

事業者名 _____

事業所 記号・番号 ② 記号: _____ 番号: _____ ③

事業所所在地 _____

事業主名または年金取扱担当者 _____ ④ 印

※「国民年金」に加入している場合は、本書の提出は必要ありません

①氏名

②事業所整理記号

③事業所番号

④証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手先）：日本年金機構（年金事務所）

様式コード
2 2 6 5

健康保険 被保険者賞与支払届
厚生年金保険 70歳以上被用者賞与支払届



令和 年 月 日提出

提出者記入欄

事業所整理番号 ①

原簿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 ②

事業主氏名

電話番号 ()

受付印

③

印

社会保険労務士記帳欄

氏名等

| | | | |
|------------|----------|-----------------|-----------------------------------|
| ① 被保険者整理番号 | ② 被保険者氏名 | ③ 生年月日 | ⑦ 個人番号 [保険年金番号 前年度末31日現在の年金の号] |
| ④ 賞与支払年月日 | ⑤ 賞与支払額 | ⑥ 賞与額(千円未満は切捨て) | ⑧ 備考 |

共通 ④ 賞与支払年月日(共通) 9.令和 年 月 日 ←1枚ずつ必ず記入してください。

| | |
|----|---------------------|
| 1 | ④ ⑤ マスキング箇所 |
| 2 | 必ずマスキングして(消して)ください。 |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

- ① 事業所整理番号
- ② 事業所番号
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）
- ④ 被保険者氏名
- ⑤ 生年月日
- ※ 対象者については、④⑤以外の項目は、マスキングしてください。
- ※ 対象者以外の被保険者情報は、全てマスキングしてください。

発行元（入手先）：日本年金機構（年金事務所）

ねんきん定期便

領収済通知書

①被保険者氏名

※基礎年金番号はマスキングしてください。

雇用保険証明書類見本一覧

| 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|-----|-------------------------------|--------|
| その他 | 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書及び雇用保険被保険者証 | 41 ページ |

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書及び雇用保険被保険者証

※下記のうち、いずれか 1 点

発行元（入手元）：公共職業安定所

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書
(被保険者通知用)

センター 公共職業安定所長

| | | | |
|---------------------------|----------------------------|--|---|
| ① 被保険者番号 0000-000000-0 | 確認（受理） 通知年月日 H000000 | 資格取得年月日 H000000 | 取得時被保険者種類 0 (〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇) |
| ② 被保険者氏名 ケンセツ タロウ | | 生年月日 (元号一年月日) 0 000000 (〇〇〇 〇〇〇) | |
| 事業所名略称 株式会社 ○○建設 | | 転勤の年月日 | |

様式第 7 号

雇用保険被保険者証

センター 公共職業安定所長

| | |
|---------------------------|--|
| ① 被保険者番号 0000-000000-0 | 生年月日 (元号一年月日) 0 000000 (〇〇〇 〇〇〇) |
| ② 被保険者氏名 ケンセツ タロウ | |

- ① 被保険者番号
- ② 氏名
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

退職金制度証明書類見本一覧

| 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|-----|-------------|--------|
| 建退共 | 建設業退職金共済手帳 | 43 ページ |
| 中退共 | 中小企業退職金共済手帳 | 44 ページ |

発行元（入手元）：建退共本部（独立行政法人勤労者退職金共済機構）

| 建設業 退職金共済手帳 | | 冊目- |
|----------------|---|---------|
| 被共済者 番 号 | ① | 証紙貼付実績 |
| 被共済者 氏 名 | ② | 20円 日分 |
| | | 60円 日分 |
| | | 120円 日分 |
| | | 180円 日分 |
| | | 200円 日分 |
| | | 260円 日分 |
| | | 300円 日分 |
| | | 310円 日分 |
| | | 合計 |

QR
コード

① 被共済者番号

② 氏名

発行元（入手元）：独立行政法人勤労者退職金共済機構

中小企業退職金共済事業本部

- ① 共済契約者番号
- ② 共済契約者の氏名または名称（事業者名称）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

退職金共済手帳（加入証明書も含む）の発行は、中退共に申込書が到着後、書類不備等が無い場合で1か月～1か月半程度かかります。

また、繁忙期（4月～7月）及び書類不備等がある場合は、1か月半以上かかる場合があります。

労災保険特別加入証明書類見本一覧

| 小分類 | 証明書類の種類 | 見本ページ |
|-------|-------------------------|--------|
| 加入証明書 | 労災保険 特別加入証 | 46 ページ |
| | 労災保険特別加入加入済確認証 | 47 ページ |
| | 労災保険加入証明書（特別加入）（一人親方） | 48 ページ |
| | 労働者災害補償保険 特別加入証明書 | 49 ページ |
| | 労働者災害補償保険 特別加入証明書（一人親方） | 50 ページ |
| | 労働者災害補償保険特別加入証明書（第一種） | 51 ページ |
| 申請書 | 労働者災害補償保険 特別加入申請書 | 52 ページ |
| その他 | 労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 | 53 ページ |

発行元（入手元）：特別加入団体

労働者災害補償保険 特別加入証明書

事業所名 ①

事業所所在地

労働保険番号 ②

労災保険者
特別加入者 ③

上記の者について、労働者災害補償保険特別加入に加入していることを証明いたします。

平成 年 月 日

〇〇〇〇〇〇〇〇

組合長 〇〇 〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇

電話 0000-00-0000



- ① 事業所名称
- ② 労働保険番号
- ③ 労災保険者特別加入者（事業主名称）
- ④ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

発行元（入手元）：特別加入団体

労働者災害補償保険特別加入の証明

| | |
|------------|---|
| 労働保険番号 | ① |
| 住所 電話番号 | |
| 氏名 | ② |
| 生年月日 | |
| 職種 | |
| 給付基礎日額 | |
| 加入有効期間 | |

上記の者が、当労働保険事務組合において、上記の給付基礎日額により
上記の期間、労働者災害補償保険の一人親方として特別加入していることを
証明する。

平成 年 月 日

証明者

○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○
○○○○○○○○○○○○○○○○
○○ ○○ ○○
TEL 00-0000-0000



- ① 労働保険番号
- ② 氏名（事業主名称）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労働者災害補償保険 特別加入申請書

発行元（入手元）：労働保険事務組合

■ 様式第34号の7（表面）

労働者災害補償保険 特別加入申請書（中小事業主等）

帳票種別
36211

申請に係る事業の労働保険番号

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 府 | 県 | 所 | 管 | 轄 | 基 | 幹 | 番 | 号 | 枝 | 番 | 号 |
| | | | | | | | | | | | |

※裏面の注意事項を読んでから記載してください。
※印の欄は記載しないでください。（職員が記載します。）

① 申請に係る事業の労働保険番号

※受付年月日 9 令和

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | |
| 1~9月迄 |

② 事業主の氏名（法人その他の団体であるときはその名称）

名称（フリガナ）
 名称（漢字）
 事業場の所在地

③ 申請に係る事業

④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 名 *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

| 特別加入予定者 | 事業主との関係 (地位又は続柄) | 業務の具体的内容 | 除染作業 | 従事する 特定業務 | 特定業務・給付基礎日額 | |
|----------------|-------------------------|----------------------------|------------|--|--|-----------------|
| | | | | | 業務歴 | 希望する給付基礎日額 |
| フリガナ氏名 生年月日 | 1 本人 3 役員 5 家族従事者 | 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分 | 1 有 3 無 | 1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし | 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 | 希望する給付基礎日額 円 |
| フリガナ氏名 生年月日 | 1 本人 3 役員 5 家族従事者 | 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分 | 1 有 3 無 | 1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし | 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 | 希望する給付基礎日額 円 |
| フリガナ氏名 生年月日 | 1 本人 3 役員 5 家族従事者 | 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分 | 1 有 3 無 | 1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし | 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 | 希望する給付基礎日額 円 |
| フリガナ氏名 生年月日 | 1 本人 3 役員 5 家族従事者 | 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分 | 1 有 3 無 | 1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし | 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 | 希望する給付基礎日額 円 |

⑤ 労働保険事務の処理を委託した年月日 年 月 日

⑥ 労働保険事務組合の証明

上記⑤の日より労働保険事務の処理の委託を受けていることを証明します。

年 月 日

名称 _____

〒 _____ 電話 () _____

労働保険事務組合 主たる事務所の所在地 _____

代表者の氏名 _____ 印

⑦ 特別加入を希望する日（申請日の翌日から起算して30日以内） 年 月 日

上記のとおり特別加入の申請をします。

年 月 日

労働局長 印

〒 _____ 電話 () _____

住所 _____

事業主の氏名 _____ 印

（法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名）

- ① 労働保険番号
- ② 名称（事業所名称）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届

発行元（入手元）：労働保険事務組合

様式第34号の8（表面）

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 特別加入脱退申請書（中小事業主等及び一人親方等）

帳票種別

特別加入の承認に係る事業

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 府 | 県 | 所 | 管 | 轄 | 基 | 幹 | 番 | 号 | 枝 | 番 | 号 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

労働保険番号 ①

事業の名称 ②

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。
※印の欄は記載しないでください。（職員が記載します。）

※受付年月日 9 令和

元号 年 月 日
1~9月は左へ 1~9日は右へ

事業場の所在地

今回の変更届に係る者 合計： 人
内訳（変更： 人、脱退： 人、加入： 人） *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

| 特別加入者に関する事項の変更 | 変更年月日 | | 変更を生じた者のフリガナ氏名 | 中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄) | 変更前 | 変更後 | 業務又は作業の内容 |
|----------------|-------|-------|----------------|-------------------------|-----|-------------------------|-----------|
| | ※整理番号 | 年 月 日 | 年 月 日 | 変更後のフリガナ氏名 | 変更後 | 1 本人 3 役員 5 家族従事者 | |

折り返す場合は、()の所で折り返してください。

| 特別加入者の変更(新たに特別加入者になった者) | 異動年月日 | | フリガナ氏名 | 生年月日 | ※整理番号 |
|-------------------------|----------|-------|--------|--------|-------|
| | 特別加入者の異動 | 年 月 日 | 年 月 日 | フリガナ氏名 | 年 月 日 |

| 特別加入者の異動(新たに特別加入者になった者) | 特別加入予定者 | | 業務又は作業の具体的な内容 | 除染作業 | 従事する特定業務 | 特定業務・給付基礎日額 | |
|-------------------------|---------|--------|-----------------------------------|------------|--|-------------|------------|
| | 異動年月日 | フリガナ氏名 | | | | 業務歴 | 希望する給付基礎日額 |
| 特別加入者 | 年 月 日 | フリガナ氏名 | 労働者の始業及び終業の時刻(中小事業主等のみ) 時 分 ~ 時 分 | 1 有 3 無 | 1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし | 最初に従事した年月 | 年 月 |
| | 年 月 日 | フリガナ氏名 | | | | 従事した期間の合計 | 年間 ヶ月 |

変更決定を希望する日（変更届提出の翌日から起算して30日以内） 年 月 日

脱退申請

以下の*欄は、承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする場合に限って記載すること。

*申請の理由（脱退の理由）

*脱退を希望する日（申請日から起算して30日以内） 年 月 日

上記のとおり変更を生じたので届けます。
特別加入脱退を申請します。

年 月 日

③ 印

労働局長 氏

住所

事業主の氏名 印
(法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

〒 - - 電話 () - -

- ① 労働保険番号
- ② 名称（事業所名称）
- ③ 証明印等（公印・受領印・発行者印等…）

本冊子の作成にあたって、一部証明書類は、行政機関の公開資料を引用しております。各種申請書、届出の最新版については下記サイトをご参照ください。

- 健康保険 • 年金保険

日本年金機構H P <https://www.nenkin.go.jp/>

- 労働保険関係

厚生労働省H P <https://www.mhlw.go.jp/index.html>

お問い合わせにつきましては、
建設キャリアアップシステム
ホームページのお問い合わせ
フォームをご利用ください。

建設キャリアアップシステムホームページ

<https://www.ccus.jp/>