

常務理事	事務長	課長	係長	係員

# 健康保険 被保険者資格取得届

受付印

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	
	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	被保険者番号	健保記入欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
	個人番号				資格取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	無・有
	報酬月額	通貨 現物	円 円	合計	円	標準報酬月額	健保記入欄	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取得 2.短時間労働者の取得 3.退職後の継続再雇用者の取得			
	住所	〒				資格確認書発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要 ※必要の場合、交付申請書を添付				

被保険者2	被保険者番号	健保記入欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
	個人番号				資格取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	無・有
	報酬月額	通貨 現物	円 円	合計	円	標準報酬月額	健保記入欄	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取得 2.短時間労働者の取得 3.退職後の継続再雇用者の取得			
	住所	〒				資格確認書発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要 ※必要の場合、交付申請書を添付				

被保険者3	被保険者番号	健保記入欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
	個人番号				資格取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	無・有
	報酬月額	通貨 現物	円 円	合計	円	標準報酬月額	健保記入欄	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取得 2.短時間労働者の取得 3.退職後の継続再雇用者の取得			
	住所	〒				資格確認書発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要 ※必要の場合、交付申請書を添付				

被保険者4	被保険者番号	健保記入欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
	個人番号				資格取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	無・有
	報酬月額	通貨 現物	円 円	合計	円	標準報酬月額	健保記入欄	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取得 2.短時間労働者の取得 3.退職後の継続再雇用者の取得			
	住所	〒				資格確認書発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要 ※必要の場合、交付申請書を添付				

被保険者5	被保険者番号	健保記入欄	氏名	(7桁)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男・女
	個人番号				資格取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	無・有
	報酬月額	通貨 現物	円 円	合計	円	標準報酬月額	健保記入欄	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取得 2.短時間労働者の取得 3.退職後の継続再雇用者の取得			
	住所	〒				資格確認書発行要否	どちらか○で囲んでください。 必要・不要 ※必要の場合、交付申請書を添付				