

健康保険 被保険者資格取得届

極秘

常務理事	事務長	業務課長	担当者

提出者記入欄	事業所番号	被保険者証の記号	令和 年 月 日 提出	受付日付印
	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			
	連絡先			

社会保険労務士の提出代行者 記載欄

被保険者 1	①被保険者証の番号	②氏名 (フリガナ)	③性別	④生年月日	⑤被扶養者の有無
		氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし あり ⇒ 別途届出が必要です
	⑥個人番号 (マイナンバー)	⑦資格取得年月日 (入社日など)	⑧報酬月額		標準報酬月額
		令和 年 月 日	通貨 円 現物 円 合計 円	千円	
	⑨-1 被保険者の「現住所 (現在お住まいの住所)」	⑩備考 (該当の場合のみ)			
〒 -	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑨-2 被保険者の「住民票に記載されている住所」 ※上記の住所と同一の場合は未記入					
〒 -					
⑪資格確認書の発行が必要な場合※ (この届書の下部の記載事項に該当する方に限る) は、右の欄にチェックをしてください。					<input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 2	①被保険者証の番号	②氏名 (フリガナ)	③性別	④生年月日	⑤被扶養者の有無
		氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし あり ⇒ 別途届出が必要です
	⑥個人番号 (マイナンバー)	⑦資格取得年月日 (入社日など)	⑧被保険者の標準報酬月額		標準報酬月額
		令和 年 月 日	通貨 円 現物 円 合計 円	千円	
	⑨-1 被保険者の「現住所 (現在お住まいの住所)」	⑩備考 (該当の場合のみ)			
〒 -	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑨-2 被保険者の「住民票に記載されている住所」 ※上記の住所と同一の場合は未記入					
〒 -					
⑪資格確認書の発行が必要な場合※ (この届書の下部の記載事項に該当する方に限る) は、右の欄にチェックをしてください。					<input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 3	①被保険者証の番号	②氏名 (フリガナ)	③性別	④生年月日	⑤被扶養者の有無
		氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし あり ⇒ 別途届出が必要です
	⑥個人番号 (マイナンバー)	⑦資格取得年月日 (入社日など)	⑧被保険者の標準報酬月額		標準報酬月額
		令和 年 月 日	通貨 円 現物 円 合計 円	千円	
	⑨-1 被保険者の「現住所 (現在お住まいの住所)」	⑩備考 (該当の場合のみ)			
〒 -	<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()				
⑨-2 被保険者の「住民票に記載されている住所」 ※上記の住所と同一の場合は未記入					
〒 -					
⑪資格確認書の発行が必要な場合※ (この届書の下部の記載事項に該当する方に限る) は、右の欄にチェックをしてください。					<input type="checkbox"/> 発行が必要

※資格確認書の発行が必要な場合は次に該当する方に限ります。	<ul style="list-style-type: none"> ・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
-------------------------------	--