

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	主任	担当者

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	
	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	
	電話番号	()

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 10.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号			⑥ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑧ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	②(合計⑦+①) 円	⑨ 備考	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 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()					
	⑩ 住所	住民票 〒 - 住所				⑪ 資格確認書 発行要否	※発行要は口に✓を記入願います ☐ 発行が必要			

被保険者2	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 10.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号			⑥ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑧ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	②(合計⑦+①) 円	⑨ 備考	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 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()					
	⑩ 住所	住民票 〒 - 住所				⑪ 資格確認書 発行要否	※発行要は口に✓を記入願います ☐ 発行が必要			

被保険者3	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 10.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号			⑥ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑧ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	②(合計⑦+①) 円	⑨ 備考	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 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()					
	⑩ 住所	住民票 〒 - 住所				⑪ 資格確認書 発行要否	※発行要は口に✓を記入願います ☐ 発行が必要			

被保険者4	① 被保険者番号	② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 10.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号			⑥ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑦ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑧ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ①(現物) 円	②(合計⑦+①) 円	⑨ 備考	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 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()					
	⑩ 住所	住民票 〒 - 住所				⑪ 資格確認書 発行要否	※発行要は口に✓を記入願います ☐ 発行が必要			