

健康保険被保険者資格取得届

提出者記入欄	事業所番号	提出日	令和 年 月 日
	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 Ⓜ			

常務理事	事務長	統括	担当

健保受付印

被保険者1	被保険者番号	氏名	性別	生年月日
		フリガナ	1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
	取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	雇用 <small>該当する場合は、○で囲んでください</small>
	令和 年 月 日	[通貨] 円 [現物] 円 合計 円	千円	1 退職後の継続再雇用の取得 2 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3 二以上事業所勤務者の取得
	個人番号		被扶養者申請	備考
		0 無 1 有		
住民票住所				
〒 寮・マンション等部屋番号まで正確に住民票の通り記載ください				
電話番号				

被保険者1	被保険者番号	氏名	性別	生年月日
		フリガナ	1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
	取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	雇用 <small>該当する場合は、○で囲んでください</small>
	令和 年 月 日	[通貨] 円 [現物] 円 合計 円	千円	1 退職後の継続再雇用の取得 2 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3 二以上事業所勤務者の取得
	個人番号		被扶養者申請	備考
		0 無 1 有		
住民票住所				
〒 寮・マンション等部屋番号まで正確に住民票の通り記載ください				
電話番号				

被保険者1	被保険者番号	氏名	性別	生年月日
		フリガナ	1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日
	取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	雇用 <small>該当する場合は、○で囲んでください</small>
	令和 年 月 日	[通貨] 円 [現物] 円 合計 円	千円	1 退職後の継続再雇用の取得 2 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3 二以上事業所勤務者の取得
	個人番号		被扶養者申請	備考
		0 無 1 有		
住民票住所				
〒 寮・マンション等部屋番号まで正確に住民票の通り記載ください				
電話番号				

※個人番号は本人確認を行ったうえで、正確にご記入下さい。個人番号が未記載の場合は、不受理となります。