

## 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	⑤	
社会保険労務士記載欄			
氏名等 ⑤			

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		男	昭和 平成 令和 年 月 日
	取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	雇用 該当する場合は、✓をつけてください	
	令和 年 月 日	[通貨] 円	千円	<input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用の取得	
		[現物] 円		<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	
		合計 円		<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の取得	
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					
都道府県					
個人番号		被扶養者申請	資格確認書交付要否	健保記入	
		無 有	<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※「資格確認書 交付理由確認届」も併せて提出	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

被保険者2	被保険者番号	氏名		性別	生年月日
		フリガナ		男	昭和 平成 令和 年 月 日
	取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	雇用 該当する場合は、✓をつけてください	
	令和 年 月 日	[通貨] 円	千円	<input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用の取得	
		[現物] 円		<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	
		合計 円		<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の取得	
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					
都道府県					
個人番号		被扶養者申請	資格確認書交付要否	健保記入	
		無 有	<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※「資格確認書 交付理由確認届」も併せて提出	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

被保険者3	被保険者番号	氏名		性別	生年月日
		フリガナ		男	昭和 平成 令和 年 月 日
	取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	雇用 該当する場合は、✓をつけてください	
	令和 年 月 日	[通貨] 円	千円	<input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用の取得	
		[現物] 円		<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	
		合計 円		<input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者の取得	
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					
都道府県					
個人番号		被扶養者申請	資格確認書交付要否	健保記入	
		無 有	<input type="checkbox"/> 交付が必要 ※「資格確認書 交付理由確認届」も併せて提出	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ / <input type="checkbox"/> 資格確認書 /	

※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。

※健保情報連携により、有効なマイナ保険証の保有が確認された方は、資格確認書の発行はできません。