

届書コード	2	0	0
-------	---	---	---

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長	課長	係

受付印

健康保険 事業所記号	
厚生年金保険 事業所整理記号	
事業所 番号	
提出者記入欄	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 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	① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得 年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶 養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬 月額	⑩ 合計 (⑦+⑧) 0 円	⑩ 備考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 報酬月額に交通費・残業代含む 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 【旧記号番号 -】 5. その他	
	⑪ 住所	住民票住所 〒 - 居所 同上 <input type="checkbox"/> 〒 -		
	⑫ 資格確認書 発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要な理由 1. マイナンバーカードを取得していない、マイナンバーカードを返納した 2. 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 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ 右記より選択し番号を記入		

被保険者2	① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得 年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶 養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬 月額	⑩ 合計 (⑦+⑧) 0 円	⑩ 備考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 報酬月額に交通費・残業代含む 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 【旧記号番号 -】 5. その他	
	⑪ 住所	住民票住所 〒 - 居所 同上 <input type="checkbox"/> 〒 -		
	⑫ 資格確認書 発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要な理由 1. マイナンバーカードを取得していない、マイナンバーカードを返納した 2. 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 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ 右記より選択し番号を記入		

被保険者3	① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成	④ 種別 1.男 2.女
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得 年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶 養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬 月額	⑩ 合計 (⑦+⑧) 0 円	⑩ 備考 該当する項目があれば○をしてください。 1. 報酬月額に交通費・残業代含む 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 【旧記号番号 -】 5. その他	
	⑪ 住所	住民票住所 〒 - 居所 同上 <input type="checkbox"/> 〒 -		
	⑫ 資格確認書 発行要否	発行が必要 <input type="checkbox"/> 発行が必要な理由 1. マイナンバーカードを取得していない、マイナンバーカードを返納した 2. 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 3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ 右記より選択し番号を記入		