

常務理事	事務長	課長	係

健康保険 被保険者資格取得届

①事業所記号		

③ 被保険者 番号	④ 被保険者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 種別 (性別)	⑦※ 取得 区分	⑧ 個人番号	⑬ 資格取得 年月日	⑰ 報酬 月額	⑱通貨によるものの額	⑲※ 標準報酬 月額	㉑ 被扶養 者の有 無	㉒※ 健康保 険被保 険者証 の不要	㉓※ 強制 付番 指定	㉔※ 年金 手帳の 不要
					⑨ 基礎年金番号			㉕ 現物によるものの額					

フリガナ (氏)	(名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 ・ 2 6 ・ 3 7	新1・共3 再2・船4	平成 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	④ 千円	⑤ 千円	⑥ 千円	⑦ 千円	⑧ 千円	⑨ 千円	⑩ 千円	⑪ 千円	⑫ 千円	⑬ 千円	⑭ 千円	⑮ 千円	⑯ 千円	⑰ 千円	⑱ 千円	⑲ 千円	⑳ 千円	㉑ 千円	㉒ 千円	㉓ 千円	㉔ 千円	㉕ 千円	㉖ 千円	㉗ 千円	㉘ 千円	㉙ 千円	㉚ 千円	㉛ 千円	㉜ 千円	㉝ 千円	㉞ 千円	㉟ 千円	㊱ 千円	㊲ 千円	㊳ 千円	㊴ 千円	㊵ 千円	㊶ 千円	㊷ 千円	㊸ 千円	㊹ 千円	㊺ 千円	㊻ 千円	㊼ 千円	㊽ 千円	㊾ 千円	㊿ 千円
⑩郵便番号		⑪ フリガナ	被保険者 住 所		都 道	府 県	⑱ 備考		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)																																															

フリガナ (氏)	(名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 ・ 2 6 ・ 3 7	新1・共3 再2・船4	平成 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	④ 千円	⑤ 千円	⑥ 千円	⑦ 千円	⑧ 千円	⑨ 千円	⑩ 千円	⑪ 千円	⑫ 千円	⑬ 千円	⑭ 千円	⑮ 千円	⑯ 千円	⑰ 千円	⑱ 千円	⑲ 千円	⑳ 千円	㉑ 千円	㉒ 千円	㉓ 千円	㉔ 千円	㉕ 千円	㉖ 千円	㉗ 千円	㉘ 千円	㉙ 千円	㉚ 千円	㉛ 千円	㉜ 千円	㉝ 千円	㉞ 千円	㉟ 千円	㊱ 千円	㊲ 千円	㊳ 千円	㊴ 千円	㊵ 千円	㊶ 千円	㊷ 千円	㊸ 千円	㊹ 千円	㊺ 千円	㊻ 千円	㊼ 千円	㊽ 千円	㊾ 千円	㊿ 千円
⑩郵便番号		⑪ フリガナ	被保険者 住 所		都 道	府 県	⑱ 備考		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)																																															

フリガナ (氏)	(名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 ・ 2 6 ・ 3 7	新1・共3 再2・船4	平成 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	④ 千円	⑤ 千円	⑥ 千円	⑦ 千円	⑧ 千円	⑨ 千円	⑩ 千円	⑪ 千円	⑫ 千円	⑬ 千円	⑭ 千円	⑮ 千円	⑯ 千円	⑰ 千円	⑱ 千円	⑲ 千円	⑳ 千円	㉑ 千円	㉒ 千円	㉓ 千円	㉔ 千円	㉕ 千円	㉖ 千円	㉗ 千円	㉘ 千円	㉙ 千円	㉚ 千円	㉛ 千円	㉜ 千円	㉝ 千円	㉞ 千円	㉟ 千円	㊱ 千円	㊲ 千円	㊳ 千円	㊴ 千円	㊵ 千円	㊶ 千円	㊷ 千円	㊸ 千円	㊹ 千円	㊺ 千円	㊻ 千円	㊼ 千円	㊽ 千円	㊾ 千円	㊿ 千円
⑩郵便番号		⑪ フリガナ	被保険者 住 所		都 道	府 県	⑱ 備考		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)																																															

フリガナ (氏)	(名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 ・ 2 6 ・ 3 7	新1・共3 再2・船4	平成 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	④ 千円	⑤ 千円	⑥ 千円	⑦ 千円	⑧ 千円	⑨ 千円	⑩ 千円	⑪ 千円	⑫ 千円	⑬ 千円	⑭ 千円	⑮ 千円	⑯ 千円	⑰ 千円	⑱ 千円	⑲ 千円	⑳ 千円	㉑ 千円	㉒ 千円	㉓ 千円	㉔ 千円	㉕ 千円	㉖ 千円	㉗ 千円	㉘ 千円	㉙ 千円	㉚ 千円	㉛ 千円	㉜ 千円	㉝ 千円	㉞ 千円	㉟ 千円	㊱ 千円	㊲ 千円	㊳ 千円	㊴ 千円	㊵ 千円	㊶ 千円	㊷ 千円	㊸ 千円	㊹ 千円	㊺ 千円	㊻ 千円	㊼ 千円	㊽ 千円	㊾ 千円	㊿ 千円
⑩郵便番号		⑪ フリガナ	被保険者 住 所		都 道	府 県	⑱ 備考		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)																																															

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局) 番

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

◎記入の方法は2面に書いてありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

【記入の方法】

1 ④の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

2 ⑤の年号は、該当する文字を○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

明	1	年	月	日
大	3			
○	3	2	0	2
平	7			

のように記入すること。

3 ⑥は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○印で囲むこと。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲むこと。

4 ⑧は、健康保険組合への届出は必ず個人番号を記入すること。

- ・海外在住等で個人番号の交付がない場合は、個人番号欄に理由(海外在住等)を記入すること。
- ・光ディスクによる届出又は電子申請による届出については、健康保険組合へは個人番号のみ記録すること。

5 ⑯の資格取得年月日は、たとえば、平成2年4月1日の場合は

平	成	年	月	日
0	2	0	4	0
				1

のように記入すること。

6 ㉞は、下記により記入すること。

㉞は、報酬のうち、臨時に受けるもの及び3月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、金銭(通貨)で支払われる賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、健康保険法第42条第1項各号又は厚生年金保険法第22条第1項各号の規定によって算定した額を記入すること。

㉞は、報酬のうち、食事、住宅、被服など金銭(通貨)以外のもので支払われるものについて、健康保険法第46条又は厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣又は健康保険組合が定めた価額によって算定した額を記入すること。

7 ㉠は、被扶養者のある被保険者で被扶養者届を提出している者については「有」を、その他の者については「無」を○印で囲むこと。

8 ㉡は、(1)健康保険法第118条第1項各号のいずれかに該当する者については、その旨を記入すること。

(2)健康保険の資格喪失後の継続保険給付を受けている者については、その旨及び給付の種類並びにその給付が療養の給付又は傷病手当金であるときには、その傷病名を記入すること。

9 ㉢は、郵便番号を必ず記入すること。㉣の被保険者住所は、都道府県名から漢字で正確に記入すること。「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

ただし、健康保険組合が管掌する健康保険の被保険者であって、健康保険組合が当該被保険者の住所に係る情報を求めないときは、㉢及び㉣の記入は要しないものであること。

10 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は要しないものであること。