

|      |     |      |    |    |     |
|------|-----|------|----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 事務次長 | 課長 | 係長 | 担当者 |
|      |     |      |    |    |     |

## 健康保険 被保険者資格取得届

|             |                 |                             |     |                    |  |   |          |
|-------------|-----------------|-----------------------------|-----|--------------------|--|---|----------|
| ①健康事業所記号    |                 |                             |     |                    |  |   |          |
| ②健康保険被保険者番号 | ③被保険者の氏名        | ④生年月日                       | ⑤性別 | ⑥個人番号<br>資格確認書発行要否 | ⑦資格取得年月日   | ⑧標準報酬月額額<br>⑨通貨によるもの額<br>⑩現物によるもの額<br>⑪合計 | ⑫被扶養者の有無 |
| 健保          | フリガナ<br>(氏) (名) | 昭和・平成<br>年 月 日              | 男・女 | 要・否                | 令和<br>年 月 日  | ① 円<br>② 円<br>③ 円<br>千円                   | 有・無      |
|             | ⑨郵便番号           | ⑩住民票所<br>フリガナ<br>都・道<br>府・県 |     |                    | ⑭備考<br><input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)<br>(※該当する場合は、✓を入れてください。) |   |          |

  

|    |                 |                             |     |     |  |                         |     |
|----|-----------------|-----------------------------|-----|-----|--|-------------------------|-----|
| 健保 | フリガナ<br>(氏) (名) | 昭和・平成<br>年 月 日              | 男・女 | 要・否 | 令和<br>年 月 日  | ① 円<br>② 円<br>③ 円<br>千円 | 有・無 |
|    | ⑨郵便番号           | ⑩住民票所<br>フリガナ<br>都・道<br>府・県 |     |     | ⑭備考<br><input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)<br>(※該当する場合は、✓を入れてください。) |                         |     |

  

|    |                 |                             |     |     |  |                         |     |
|----|-----------------|-----------------------------|-----|-----|--|-------------------------|-----|
| 健保 | フリガナ<br>(氏) (名) | 昭和・平成<br>年 月 日              | 男・女 | 要・否 | 令和<br>年 月 日  | ① 円<br>② 円<br>③ 円<br>千円 | 有・無 |
|    | ⑨郵便番号           | ⑩住民票所<br>フリガナ<br>都・道<br>府・県 |     |     | ⑭備考<br><input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)<br>(※該当する場合は、✓を入れてください。) |                         |     |

  

|    |                 |                             |     |     |  |                         |     |
|----|-----------------|-----------------------------|-----|-----|--|-------------------------|-----|
| 健保 | フリガナ<br>(氏) (名) | 昭和・平成<br>年 月 日              | 男・女 | 要・否 | 令和<br>年 月 日  | ① 円<br>② 円<br>③ 円<br>千円 | 有・無 |
|    | ⑨郵便番号           | ⑩住民票所<br>フリガナ<br>都・道<br>府・県 |     |     | ⑭備考<br><input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)<br>(※該当する場合は、✓を入れてください。) |                         |     |

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

令和 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     | ( | ) |

|                |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |
|                |

(記入の方法)

- 1 ②は、健康保険被保険者番号を被保険者別に記入してください。
- 2 ③の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
- 3 ④の年号、⑤の性別は、該当する文字を○印で囲むこと。
- 4 ⑥は、個人番号(個人番号を有する者に限る。)を記入すること。※個人番号を有していない者については、個人番号の記入は不要とすること。  
資格確認書の発行が必要な方(マイナンバーカードの紛失、更新中、マイナ保険証を持っていないなど)は「要」を、マイナ保険証をお持ちの方は「否」を○印で囲むこと。
- 5 ④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項各号の規定によって算定した額を記入すること。  
⑦は、報酬のうち、食事、住宅、被服など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。
- 6 ⑧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。
- 7 ⑨は、郵便番号を必ず記入してください。⑩は、被保険者の住民票住所を都道府県名から漢字で正確に記入し、「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

**この届出書は、資格取得日（⑦欄の日）から5日以内に提出してください。**