

# 健康保険 被保険者資格取得届

<b>事業主欄</b>	事業所記号		提出日：令和 年 月 日	受付日付印
	事業所所在地	〒 -		
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	( )			社会保険労務士の提出代行者

<b>被保険者 1</b>	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男性 2. 女性	
	取得区分	① 健保厚年	個人番号		取得年月日	9. 令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有
	報酬月額	②(現金) 円		③(合計 ②+④)		備考	該当する項目に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者				
		④(現物) 円									
住民票住所	〒 -										

<b>被保険者 2</b>	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男性 2. 女性	
	取得区分	① 健保厚年	個人番号		取得年月日	9. 令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有
	報酬月額	②(現金) 円		③(合計 ②+④)		備考	該当する項目に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者				
		④(現物) 円									
住民票住所	〒 -										

<b>被保険者 3</b>	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男性 2. 女性	
	取得区分	① 健保厚年	個人番号		取得年月日	9. 令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有
	報酬月額	②(現金) 円		③(合計 ②+④)		備考	該当する項目に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者				
		④(現物) 円									
住民票住所	〒 -										

<b>被保険者 4</b>	番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	1. 男性 2. 女性	
	取得区分	① 健保厚年	個人番号		取得年月日	9. 令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有
	報酬月額	②(現金) 円		③(合計 ②+④)		備考	該当する項目に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者				
		④(現物) 円									
住民票住所	〒 -										

常務理事	事務長			担当

※健康保険組合では法令に基づき住基ネットを利用して個人番号を取得することがあります。