

様式コード  
2 | 2 | 0 | 0

常務理事	専務員	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

事業所番号を記入  
してください

# 健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	9 9 9 9
	厚生年金保険事業所整理番号	—
	事業所所在地	〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田1-1-1
	事業所名称	〇〇金属 株式会社
事業主氏名	健保 康一	
電話番号	06 ( 6666 ) 0001	

この届書に記載する内容は、健康保険給付のもとになる重要なものですので、誤りのないよう慎重に

マイナンバーの記入が義務となっております

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ) 鈴木 太郎 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 1 0 0 1 0 1	④ 種別 1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 0 2 0 4 0 1	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 200,000 円 ⑧(合計⑦+①) 200,000 円	標準報酬月額 200 千円	⑩ 備考	被扶養者有⇒ 「被扶養者異動届(認定・抹消)・被扶養者現況届」も必要
	⑪ 住民票住所	〒576-0000 大阪府交野市〇〇1-2-3 XXマンション		⑫ 資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別	
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円	標準報酬月額 千円	⑩ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得
	⑪ 住民票住所	〒156-0000 東京都世田谷区〇〇1234		⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

資格確認書の発行が必要な場合(※)はチェックをつけてください。  
※以下に該当する場合があります。  
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者。  
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険の利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者。  
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者。

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	④ 種別	
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円	標準報酬月額 千円	⑩ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他 ( )
	⑪ 住民票住所	〒 -		⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成	④ 種別 1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和	⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円	標準報酬月額 千円	⑩ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他 ( )
	⑪ 住民票住所	〒 -		⑫ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要