

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	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	
⑬ 居所住所	〒156-0000 東京都世田谷区〇〇1234		⑭ 発行が必要 <input checked="" type="checkbox"/>		

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	⑧ 被扶養者
	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
	⑪ 住民票住所	居所住所が住民票と異なる場合は記入してください		⑫ 資格確認書発行要否
⑬ 居所住所	都道府県より漢字でマンション名も含めて正確に記入してください		⑭ 発行が必要 <input type="checkbox"/>	

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	⑧ 被扶養者
	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
	⑪ 住民票住所	⑫ 資格確認書発行要否		⑭ 発行が必要 <input type="checkbox"/>
⑬ 居所住所	⑮ 理由		⑯ 発行が必要 <input type="checkbox"/>	

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
	⑪ 住民票住所	⑫ 資格確認書発行要否		⑭ 発行が必要 <input type="checkbox"/>
⑬ 居所住所	⑮ 理由		⑯ 発行が必要 <input type="checkbox"/>	