

事業所番号	
0	1

新規取得	2	1	0
再取得	2	3	
事業所異動	2	6	

健康保険 被保険者資格取得届

健保組合	常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

番号	フリガナ	性別	生年月日		資格取得年月日		報酬月額 (円表示)	標準報酬 月額(千円)	該当項目にチェックを入れてください						
雇用区分	被保険者氏名		昭和	年	月	日	年	月	日	①	②	③			
123456	ケンコウ タロウ	男	昭和	年	月	日	年	月	日	① 260,000	② 0	③ 260,000	260	被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1	健康 太郎	女	平成	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇					資格確認書	<input checked="" type="checkbox"/> 交付希望
郵便番号	000 - 0000	被保険者住所	東京都〇×区1-2-3						<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)						

		男	昭和	年	月	日	年	月	日	①				被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		女	平成							②				資格確認書	<input type="checkbox"/> 交付希望
郵便番号	-	被保険者住所							<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)						

		男	昭和	年	月	日	年	月	日	①				被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		女	平成							②				資格確認書	<input type="checkbox"/> 交付希望
郵便番号	-	被保険者住所							<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)						

		男	昭和	年	月	日	年	月	日	①				被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		女	平成							②				資格確認書	<input type="checkbox"/> 交付希望
郵便番号	-	被保険者住所							<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)						

事業所所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1
事業所名称	山崎製パン株式会社
事業主氏名	事業 太郎
電話番号	00 (0000) 0000

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 提出

健保受領印

決裁日付印	確認日付印	受付日付印