

事業所番号

新規取得	2	1	
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 被保険者氏名	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
		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 年 月 日	年 月 日	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 年 月 日	年 月 日	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 年 月 日	年 月 日	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 年 月 日	年 月 日	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	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和 年 月 日 提出

健保受領印

決裁日付印	確認日付印	受付日付印