

| | |
|-------|--|
| 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 |
| | | |

| 被保険者証番号 | 被保険者氏名(カナ) | 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(漢字) | | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 被扶養者 |
| | | 男・女 | 平成 | | | | | 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・女 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 被扶養者 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 平成 | | | | | | 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・女 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 被扶養者 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 平成 | | | | | | 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・女 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 被扶養者 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 平成 | | | | | | 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 | |

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 |
| | | |