

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

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	年	月	日	被扶養者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
123456	ケンポ タロウ	男	昭和	7	4	15	6	10	1	200,000	200	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
1	健保 太郎	女	平成							0		<input checked="" type="checkbox"/> 交付希望
200,000												<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)
郵便番号	000 - 0000	被保険者住所	千葉県〇〇市〇〇町1-2-3									

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	年	月	日	被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		男	昭和							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		女	平成							<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)								

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	年	月	日	被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		男	昭和							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		女	平成							<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)								

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	年	月	日	被扶養者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		男	昭和							<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		女	平成							<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	000 (000) 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