

# 健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日 提出

令和6年11月更新

受付年月日

事業主記入欄	事業所記号	1 1 1
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	( )

社会保険労務士記入欄

--

・資格確認書の発行が必要な方は、□に✓を付してください。

被保険者1	① 被保険者番号	99999	② 氏名 (フリガナ) ニッポン (氏) 日本 (名) タロウ 太郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 3 0 2 0 1	④ 性別	① 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	健保	⑥ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	⑦ 取得(該当)年月日	9.令和 0 6 1 2 0 1	⑧ 被扶養者	① 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 240,000円 ⑧(現物) 15,000円	⑩ (合計⑦+⑧)	2 5 5 0 0 0 円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 ▲▲▲ - □□□□ 住所 ○○県●●●1丁目2番地3号 居所 〒 - 同上	⑫ 電話番号	000 - 0000 - 0000	⑬ 資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要		

被保険者2	① 被保険者番号		② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	④ 性別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	健保	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(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧)	円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	⑫ 電話番号	- -	⑬ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被保険者3	① 被保険者番号		② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	④ 性別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	健保	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(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧)	円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	⑫ 電話番号	- -	⑬ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

被保険者4	① 被保険者番号		② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	④ 性別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取得区分	健保	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(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧)	円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他( )		
	⑪ 住所	住民票 〒 - 住所 〒 - 居所 〒 -	⑫ 電話番号	- -	⑬ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要		