

健康保険 被保険者資格取得届

年 月 日提出

専務理事	常務理事	事務長	業務部長	資格課長	資格係長	係扱者

健康保険被保険者証の記号

事業所整理記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒

事業所記号

印

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

印

被保険者 1

① 被保険者整理番号

② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 年 月 日

④ 種別 1. 男 2. 女

⑤ 取得区分 健保・厚年

⑥ 個人番号

⑦ 取得(該当)年月日 7.平成 年 月 日

⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有

⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円 標準報酬月額 千円

⑩ 備考 該当する項目があれば、○をしてください
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 〒 電話 () ※個人番号を記入できない場合 理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()

被保険者 2

① 被保険者整理番号

② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 年 月 日

④ 種別 1. 男 2. 女

⑤ 取得区分 健保・厚年

⑥ 個人番号

⑦ 取得(該当)年月日 7.平成 年 月 日

⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有

⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円 標準報酬月額 千円

⑩ 備考 該当する項目があれば、○をしてください
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 〒 電話 () ※個人番号を記入できない場合 理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()

被保険者 3

① 被保険者整理番号

② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 年 月 日

④ 種別 1. 男 2. 女

⑤ 取得区分 健保・厚年

⑥ 個人番号

⑦ 取得(該当)年月日 7.平成 年 月 日

⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有

⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円 標準報酬月額 千円

⑩ 備考 該当する項目があれば、○をしてください
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 〒 電話 () ※個人番号を記入できない場合 理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()

被保険者 4

① 被保険者整理番号

② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 年 月 日

④ 種別 1. 男 2. 女

⑤ 取得区分 健保・厚年

⑥ 個人番号

⑦ 取得(該当)年月日 7.平成 年 月 日

⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有

⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円 標準報酬月額 千円

⑩ 備考 該当する項目があれば、○をしてください
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 〒 電話 () ※個人番号を記入できない場合 理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()

《記入方法》

提出者記入欄 : 健康保険被保険者証の記号・事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

健康保険 被保険者 証の記号	1	2	3	4															
事業所 整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ		事業所 記号	1	2	3	4	5				

①被保険者整理番号 : 被保険者別に追番号を記入してください。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和	年	月	日
7平成	6	3	0
		5	0
			3

④種別 : 該当する番号を○で囲んでください。

⑥個人番号 : 必ず本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方で、基礎年金番号がある場合は、年金手帳に記載されている10桁の番号を左詰でを記入してください。個人番号を記入できない場合は、⑩住所欄の理由を必ず記入してください。

⑦取得(該当)年月日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額 : 「⑦(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。
 ※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
 ※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。
 ※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1ヵ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。
 「④(現物)」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。
 現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑩備考 : 「1. 二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
 「2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。
 「3. 退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。

⑪住所 : 住民票住所を記入してください。なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入の上「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由を記入してください。