健康保険 被保険者資格取得届

令和　　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

提出者記入欄

健康保険被保険者等の記号	1234
事業所整理記号	―　　事業所記号
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。 123 － 4567 東京都新宿区四谷123
事業所名称	東貨運送㈱
事業主氏名	東貨　一郎
電話番号	03（　3333　）3333

受付印

社会保険労務士記載欄
氏　名　等

被保険者1

①被保険者整理番号	567	②氏名	(フリガナ) トウカ / (氏) 東貨	(フリガナ) ケンイチ / (名) 健一	③生年月日	昭和	4年 00月 10日	④種別	男
⑤取得区分	健保・厚年	⑥個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		⑦取得(該当)年月日	9.令和	06年 01月 01日	⑧被扶養者	無
⑨報酬月額	㋐(通貨) 320,000 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐+㋑) 320,000 円	標準報酬月額 健 320 千円		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　3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)　4.その他( )			
⑪住所	住民票住所 〒 123 － 7654 東京都新宿区四谷321 居所 〒 123 － 7654 東京都新宿区四谷321				電話番号	自宅: 03-3333-3334 携帯: 040-3333-3333		⑫資格確認書発行要否	☑発行が必要 ※裏面を確認ください。

※住民票住所が空欄の場合　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		年 月 日	④種別	
⑤取得区分	健保・厚年	⑥個人番号			⑦取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧被扶養者	
⑨報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐+㋑) 円	標準報酬月額 健 千円		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　3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)　4.その他( )			
⑪住所	住民票住所 〒 － 居所 〒 －				電話番号	自宅: 携帯:		⑫資格確認書発行要否	□発行が必要 ※裏面を確認ください。

※住民票住所が空欄の場合　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		年 月 日	④種別	
⑤取得区分	健保・厚年	⑥個人番号			⑦取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧被扶養者	
⑨報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐+㋑) 円	標準報酬月額 健 千円		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　3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)　4.その他( )			
⑪住所	住民票住所 〒 － 居所 〒 －				電話番号	自宅: 携帯:		⑫資格確認書発行要否	□発行が必要 ※裏面を確認ください。

※住民票住所が空欄の場合　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		年 月 日	④種別	
⑤取得区分	健保・厚年	⑥個人番号			⑦取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧被扶養者	
⑨報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐+㋑) 円	標準報酬月額 健 千円		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　3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)　4.その他( )			
⑪住所	住民票住所 〒 － 居所 〒 －				電話番号	自宅: 携帯:		⑫資格確認書発行要否	□発行が必要 ※裏面を確認ください。

※住民票住所が空欄の場合　理由：1.海外在住　2.短期在留　3.その他(　　)

東京貨物運送健康保険組合

《記入方法》

提出者記入欄　：　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。

健康保険被保険者等の記号	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　：　提出順に被保険者整理番号を払い出ししますので、記入する必要はありません。

②氏名　：　氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

③生年月日　：　年号は該当する年号を選択してください。生年月日は下図を参照し記入してください。

		年		月		日
昭和	6	3	0	5	0	3

④種別　：　該当する項目を選択してください。

⑤取得区分　：　該当する番号を〇で囲んでください。

⑥個人番号　：　本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

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「有」を、ない場合は「無」を選択してください。

「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　：　「㋐(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。

「㋑(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　：　該当する場合に番号を〇で囲んでください。

「2.二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。

「3.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〇で囲んでください。

「4.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。

被保険者が共済組合制度の適用を受ける二以上事業所勤務者であり、健康保険の徴収給付を行わない場合は、「5.その他」を〇で囲み、(　)内に「他事業所で共済加入」とご記入ください。

⑪住所　：　住所は上段に住民票住所を、下段に居所を正確にご記入ください。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〇で囲み、「3.その他」に〇をした場合はその理由をご記入ください。(居所と住民票所が同一の場合は居所欄に同上とご記入ください。)

⑫資格確認書発行要否　：　資格確認書の発行が必要な場合は(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。

※以下に該当する場合に限ります。

・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者

・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者

・マイナンバーカードの電子証明の有効期限切れの者

添付書類

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合

ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー

イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等

お知らせ

・この『被保険者資格取得届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『資格取得確認および標準報酬月額決定通知書』が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。