

専務理事	常務理事	事務長	課長	係長	係員

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日提出

受付印

提出者記入欄	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。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

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	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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他()		
	⑪ 住所	〒 -						

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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他()		
	⑪ 住所	〒 -						

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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他()		
	⑪ 住所	〒 -						

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 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号		⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円		⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他()		
	⑪ 住所	〒 -						

記入方法

提出者記入欄 : 健康保険の事業所記号は下図を参照し記入してください。

事業所 記号	1	2	3	4
-----------	---	---	---	---

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ますので、記入する必要はありません。

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 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般(基金未加入)	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

①. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき(船員保険適用者を除く)
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

⑥個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号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(認定)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額、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 : 該当する項目を○で囲んでください。転籍による資格取得の場合は「3. その他」を○で囲み、転籍前の事業所記号・被保険者番号を記入してください。

⑪住所 : 郵便番号を必ず記入してください。(住所の記入は不要です。)

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。

なお、事業主印を押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。