

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

# 健康保険 被保険者資格取得届

事業所記号		

◎◎◎必ず個人番号(マイナンバー)を記入してください。  
 ◎特定適用事業所(マイナンバー)を記入してください。  
 ◎住民票住所と居所が同一の時、居所の記入は不要です。  
 ◎該当する方は備考欄の□に✓を入れてください。

被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日		性別	個人番号 (マイナンバー)		資格取得年月日		⑦ 通貨によるものの額		標準報酬 月額	被扶養者の 有無
										⑦ 現物によるものの額	合計		
	フリガナ		昭平令	年	月	日	男・女	令	年	月	日	健	有・無
	(氏)			(名)		円			円	円			
	住民票住所	都府	道県	備考欄									
	居所	都府	道県	□短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れてください。)									
	フリガナ		昭平令	年	月	日	男・女	令	年	月	日	健	有・無
	(氏)			(名)		円			円	円			
	住民票住所	都府	道県	備考欄									
	居所	都府	道県	□短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れてください。)									
	フリガナ		昭平令	年	月	日	男・女	令	年	月	日	健	有・無
	(氏)			(名)		円			円	円			
	住民票住所	都府	道県	備考欄									
	居所	都府	道県	□短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れてください。)									
	フリガナ		昭平令	年	月	日	男・女	令	年	月	日	健	有・無
	(氏)			(名)		円			円	円			
	住民票住所	都府	道県	備考欄									
	居所	都府	道県	□短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れてください。)									

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(局)	番

令和 年 月 日提出

受付年月日

社会保険労務士記載欄