

事業所番号

新規取得	2	1
再取得	2	3
事業所異動	2	6

健康保険 被保険者資格取得届

健保組合	常務理事	事務長	課長	係員

事業所	確認者	担当者

被保険者証番号	被保険者氏名(カナ)	性別	生年月日			資格取得年月日	報酬月額 (円表示)	標準報酬 月額(千円)	被扶養者 有 無	遠隔地証 有 無	備考
雇用区分	被保険者氏名(漢字)		1	昭 5	年	月	日	年	月	日	
		2	平 7							無 2	無 2
郵便番号	—	被保険者住所		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(※該当する場合は、✓を入れてください。)</small>							

		1	昭 5	年	月	日				有 1	有 1
		2	平 7							無 2	無 2
郵便番号	—	被保険者住所		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(※該当する場合は、✓を入れてください。)</small>							

		1	昭 5	年	月	日				有 1	有 1
		2	平 7							無 2	無 2
郵便番号	—	被保険者住所		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(※該当する場合は、✓を入れてください。)</small>							

		1	昭 5	年	月	日				有 1	有 1
		2	平 7							無 2	無 2
郵便番号	—	被保険者住所		<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(※該当する場合は、✓を入れてください。)</small>							

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

健保受領印

決裁日付印	確認日付印	受付日付印