

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	担当者

令和 年 月 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	事業所番号
	事業所所在地 〒	
	事業所名称	
	事業主氏名 電話番号 ()	

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 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 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	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 ㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 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	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑫ 資格確認書発行要否 下記※の該当者のみ ✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 2	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 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 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	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 ㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 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	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑫ 資格確認書発行要否 下記※の該当者のみ ✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 3	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 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 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	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 ㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 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	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑫ 資格確認書発行要否 下記※の該当者のみ ✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者 4	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 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 1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	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 ㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 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	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑫ 資格確認書発行要否 下記※の該当者のみ ✓を付けてください。 <input type="checkbox"/> 発行が必要

※資格確認書の発行は、以下の該当者に限ります。
 ・マイナンバーカードの未取得者・返納者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
 ・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、利用登録解除申請者・利用登録解除者
 ・DV被害などでマイナンバーや医療機関等で自己情報が閲覧できない設定をされている者