

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長			

令和 6 年 11 月 1 日 提出

提出者記入欄	事業所記号	6 6	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 104 - 0032 東京都中央区八丁堀5-12-22 八丁堀電線株式会社 代表取締役社長 辻田 靖輔 03 (5541) 12	社会保険労務士記載欄 氏名等	受付印
	事業所所在地				
	事業所名称 事業主氏名				
	電話番号				

※パートタイマー等時給者の方は、「時給者又は日給者の勤務形態及び賃金支払状況書」を添付してください。

本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。

被扶養者届の添付の有無をチェックをしてください。

被保険者1	① 被保険者番号	3776	② 氏名	(フリガナ) デンセン 電線 (氏) タロウ 太郎	③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 1 1 1 1 0 8	④ 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑦ 取得(該当)年月日	令和 0 6 1 1 0 1	⑧ 被扶養者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 199,000 円 ⑧(現物) 0 円	⑩(合計⑦+⑧)	1 9 9 0 0 0 0 円	⑩ 標準報酬月額	200 千円	⑪ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑫ 住所	住民票住所 104-0005 東京都中央区築地9-12-22 居所 同上	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 ()			⑬ 備考	<input checked="" type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> その他 ()	

被保険者2	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (名)	③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	④ 種別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	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	令和	⑧ 被扶養者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧)		⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑫ 住所	住民票住所 円 居所 円	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 ()			⑬ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> その他 ()	

被保険者3	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (名)	③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	④ 種別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	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	令和	⑧ 被扶養者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧)		⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑫ 住所	住民票住所 円 居所 円	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 ()			⑬ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> その他 ()	

被保険者4	① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (名)	③ 生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	④ 種別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	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	令和	⑧ 被扶養者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩(合計⑦+⑧)		⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑫ 住所	住民票住所 円 居所 円	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 ()			⑬ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務者 <input type="checkbox"/> その他 ()	