

承認印

係

取得

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 (被保険者証記号) | |
| | 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 被保険者証番号 | ② 氏名 | フリガナ 氏 名 | ③ 生 年 日 | 5. 昭和 7. 平成 | 年 月 日 | ④ 種 別 | 1. 男 2. 女 | |
| | ⑤ 取 得 区 分 | 1. 健保 | ⑥ 個 人 番 号 | ⑦ 取 得 年 月 日 | | 9. 令和 | 年 月 日 | ⑧ 被 扶 養 者 | 0. 無 1. 有 |
| | ⑨ 報 酬 月 額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+④) | 標準報酬月額 | ⑩ 備 考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上定適用事業所等 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者(特) 4. 退職後の継続再雇用者 5. 海外在住者 6. その他() | | | |
| | ⑪ 住 所 | 〒 - 電話 () | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------------|-------------|-------------|----------------|---|-------|--------------|-----------|
| 被保険者2 | ① 被保険者証番号 | ② 氏名 | フリガナ 氏 名 | ③ 生 年 日 | 5. 昭和 7. 平成 | 年 月 日 | ④ 種 別 | 1. 男 2. 女 | |
| | ⑤ 取 得 区 分 | 1. 健保 | ⑥ 個 人 番 号 | ⑦ 取 得 年 月 日 | | 9. 令和 | 年 月 日 | ⑧ 被 扶 養 者 | 0. 無 1. 有 |
| | ⑨ 報 酬 月 額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+④) | 標準報酬月額 | ⑩ 備 考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上定適用事業所等 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者(特) 4. 退職後の継続再雇用者 5. 海外在住者 6. その他() | | | |
| | ⑪ 住 所 | 〒 - 電話 () | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------------|-------------|-------------|----------------|---|-------|--------------|-----------|
| 被保険者3 | ① 被保険者証番号 | ② 氏名 | フリガナ 氏 名 | ③ 生 年 日 | 5. 昭和 7. 平成 | 年 月 日 | ④ 種 別 | 1. 男 2. 女 | |
| | ⑤ 取 得 区 分 | 1. 健保 | ⑥ 個 人 番 号 | ⑦ 取 得 年 月 日 | | 9. 令和 | 年 月 日 | ⑧ 被 扶 養 者 | 0. 無 1. 有 |
| | ⑨ 報 酬 月 額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+④) | 標準報酬月額 | ⑩ 備 考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上定適用事業所等 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者(特) 4. 退職後の継続再雇用者 5. 海外在住者 6. その他() | | | |
| | ⑪ 住 所 | 〒 - 電話 () | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|------------|-------------|-------------|----------------|---|-------|--------------|-----------|
| 被保険者4 | ① 被保険者証番号 | ② 氏名 | フリガナ 氏 名 | ③ 生 年 日 | 5. 昭和 7. 平成 | 年 月 日 | ④ 種 別 | 1. 男 2. 女 | |
| | ⑤ 取 得 区 分 | 1. 健保 | ⑥ 個 人 番 号 | ⑦ 取 得 年 月 日 | | 9. 令和 | 年 月 日 | ⑧ 被 扶 養 者 | 0. 無 1. 有 |
| | ⑨ 報 酬 月 額 | ⑦ 通貨 円 | ⑧ 合計 (⑦+④) | 標準報酬月額 | ⑩ 備 考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上定適用事業所等 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者(特) 4. 退職後の継続再雇用者 5. 海外在住者 6. その他() | | | |
| | ⑪ 住 所 | 〒 - 電話 () | | | | | | | |

記入例 | 資格取得届

令和 4 年 8 月 2 日提出

| | | |
|--------|----------------------------------|---|
| 提出者記入欄 | 事業所記号 (被保険者証記号) | 3456 |
| | 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号 | 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町 1-2-3 〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 03 (1234) 5678 |
| | | 社会保険労務士記載欄 氏名等 |

| | | | | | | | | | |
|-------|-----------|---|---------------------|--|---------|---|-------------------------|--------|--------------|
| 被保険者1 | ① 被保険者証番号 | 125 | ② 氏名 | フリガナ 〇〇〇 〇〇〇 氏 〇 〇 〇 名 〇 〇 〇 | ③ 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 | 年 1 1 月 0 7 日 0 5 | ④ 種別 | 1. 男 2. 女 |
| | ⑤ 取得区分 | 1. 健保 | ⑥ 個人番号 | 個人番号(マイナンバー)は必ず記載してください 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | ⑦ 取得年月日 | 9. 令和 | 年 0 4 月 0 8 日 0 1 | ⑧ 被扶養者 | 0. 無 1. 有 |
| | ⑨ 報酬月額 | ⑦ 通貨 250,000 円 ⑧ 現物 13,300 円 | ⑨ 合計(⑦+⑧) 263,300 円 | 標準報酬月額 260 千円 | ⑩ 備考 | 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 (特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者 5. 海外在住者 6. その他() | | | |
| | ⑪ 住所 | 〒 234 - 0023 埼玉県〇〇市〇〇〇2-3-4-101 電話 080 (9876) 5432 | | | | | | | |

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- ① 被保険者証番号 被保険者別に追番号をご記入ください。
- ② 氏名 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。)
- ④ 種別 該当する番号を○で囲んでください。
- ⑥ 個人番号 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ⑦ 取得年月日 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)をご記入ください。
- ⑧ 被扶養者 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を○で囲み、「被扶養者(異動)届」をご提出ください。健康保険の被扶養者がない場合は「0. 無」を○で囲んでください。
- ⑨ 報酬月額 「⑦通貨」は、給料、手当等の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額をご記入ください。
・ 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。
・ 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ご記入ください。
・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1か月間に同事業所内で同様の業務に携わっている従業員報酬の平均額をご記入ください。
「⑧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ご記入ください。
・ 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、その他被服等は時価により算定した額)をご記入ください。