

|       |      |  |
|-------|------|--|
| 届書コード | 処理区分 |  |
| 2 0 0 |      |  |

|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| ①健康保険の<br>事業所記号 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|

# 健康保険 被保険者資格取得届

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
|      |     |    |   |

|              |            |
|--------------|------------|
| ②厚生年金事業所整理記号 | ③厚生年金事業所番号 |
|              |            |

★◎◎◎  
健康保  
険組  
合へ  
の届  
出に  
つい  
ては  
個人  
番号  
を必  
ず記  
入し  
てく  
ださ  
い。

| ④※           | ⑤       | ⑥                          | ⑦          | ⑧          | ⑨    | ⑩      | ⑪※       | ⑫           | ⑬                          | ⑭   | ⑮               | ⑯                    | ⑰                                  | ⑱                   | ⑲                    | ⑳ | ㉑ | ㉒ | ㉓ | ㉔                                       |   |
|--------------|---------|----------------------------|------------|------------|------|--------|----------|-------------|----------------------------|---|-----------------|----------------------|------------------------------------|---------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者<br>整理番号 | 被保険者の氏名 | 生年月日                       | 種別<br>(性別) | 取得<br>区分   | 個人番号 | 基礎年金番号 | 作成<br>原因 | 資格取得<br>年月日 | ⑰<br>報告月額                  | ⑰<br>通貨によるものの額<br>⑱<br>現物によるものの額<br>㉑<br>合計 | ⑮<br>標準報酬<br>月額 | ㉒<br>被扶養<br>者の有<br>無 | ㉓<br>健康保<br>険被保<br>険者の<br>証の要<br>否 | ㉔<br>強制<br>付番<br>指定 | ㉕<br>年金<br>手帳の<br>不要 |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ<br>(氏)  | (名)     | 昭.5<br>平.7<br>令.9          | 男1<br>女2   | 1.健保厚年     |      |        |          | 令和 年 月 日    | ⑰<br>円<br>⑱<br>円<br>㉑<br>円 | 千円<br>千円                                    | 無・有             |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 短時間労働者(該当の場合)✓ |   |
| ⑫郵便番号        |         | ⑬<br>被保険者<br>住 所<br>(住民票上) | フリガナ       | 都 道<br>府 県 |      |        |          |             |                            |   | ㉒<br>備 考        |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ<br>(氏)  | (名)     | 昭.5<br>平.7<br>令.9          | 男1<br>女2   | 1.健保厚年     |      |        |          | 令和 年 月 日    | ⑰<br>円<br>⑱<br>円<br>㉑<br>円 | 千円<br>千円                                    | 無・有             |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 短時間労働者(該当の場合)✓ |
| ⑫郵便番号        |         | ⑬<br>被保険者<br>住 所<br>(住民票上) | フリガナ       | 都 道<br>府 県 |      |        |          |             |                            |   | ㉒<br>備 考        |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ<br>(氏)  | (名)     | 昭.5<br>平.7<br>令.9          | 男1<br>女2   | 1.健保厚年     |      |        |          | 令和 年 月 日    | ⑰<br>円<br>⑱<br>円<br>㉑<br>円 | 千円<br>千円                                    | 無・有             |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 短時間労働者(該当の場合)✓ |
| ⑫郵便番号        |         | ⑬<br>被保険者<br>住 所<br>(住民票上) | フリガナ       | 都 道<br>府 県 |      |        |          |             |                            |   | ㉒<br>備 考        |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ<br>(氏)  | (名)     | 昭.5<br>平.7<br>令.9          | 男1<br>女2   | 1.健保厚年     |      |        |          | 令和 年 月 日    | ⑰<br>円<br>⑱<br>円<br>㉑<br>円 | 千円<br>千円                                    | 無・有             |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 短時間労働者(該当の場合)✓ |
| ⑫郵便番号        |         | ⑬<br>被保険者<br>住 所<br>(住民票上) | フリガナ       | 都 道<br>府 県 |      |        |          |             |                            |   | ㉒<br>備 考        |                      |                                    |                     |                      |   |   |   |   |   |   |

関東めつき健康保険組合 (R5.6)

令和 年 月 日 提出

受付日付印

|        |   |      |
|--------|---|------|
| 事業所所在地 | 〒 | -    |
| 事業所名称  |   |      |
| 事業主氏名  |   |      |
| 電 話    | ( | 局) 番 |

|                |
|----------------|
| 社会保険労務士の提出代行者欄 |
|                |