

届書コード	処理区分	
2 0 0		

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※印欄は記入しないでください。

①事業所記号																		
③	被保険者の氏名	⑤ 生年月日	⑥ 種別(性別)	⑦ 取得区分	⑧ 個人番号	⑨※ 作成原因	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮ 資格取得年月日	⑯ 報酬月額	⑰ 通貨によるもの額	⑱ 現物によるもの額	⑲※ 標準報酬月額	㉑ 被扶養者の有無	㉒※ 健康保険被保険者証の必要
フリガナ	(氏) (名)	昭. 5 平. 7	1 ・ 2	新1・共3 再2・船4								令和 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	円 円 円	円 円 円		無・有	
⑩郵便番号		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道 府県															
※住所コード			㉑ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満、裏面参照。)															
フリガナ	(氏) (名)	昭. 5 平. 7	1 ・ 2	新1・共3 再2・船4								令和 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	円 円 円	円 円 円		無・有	
⑩郵便番号		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道 府県															
※住所コード			㉑ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満、裏面参照。)															
フリガナ	(氏) (名)	昭. 5 平. 7	1 ・ 2	新1・共3 再2・船4								令和 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	円 円 円	円 円 円		無・有	
⑩郵便番号		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道 府県															
※住所コード			㉑ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満、裏面参照。)															
フリガナ	(氏) (名)	昭. 5 平. 7	1 ・ 2	新1・共3 再2・船4								令和 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	円 円 円	円 円 円		無・有	
⑩郵便番号		⑪ 被保険者住所	フリガナ 都道 府県															
※住所コード			㉑ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満、裏面参照。)															

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 ー
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印	
	印