

健康保険 被保険者資格取得届

事業所記号

令和 年 月 日記入

常務理事	事務長	課長	係長	係員

被 保 険 者 1	被保険者整理番号	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		被扶養者の有無※		
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	個人番号(マイナンバー)		資格取得年月日		報酬月額		資格確認書発行要否		
			令和	年	月	日	通貨	円	<input type="checkbox"/> 発行が必要
					現物	円	標準報酬月額		
					合計	円	千円		
住民票住所(郵便番号及び都道府県からご記入ください)					備考(該当の場合はチェックしてください)				
〒 -					<input type="checkbox"/> 嘱託再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者				

被 保 険 者 2	被保険者整理番号	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		被扶養者の有無※		
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	個人番号(マイナンバー)		資格取得年月日		報酬月額		資格確認書発行要否		
			令和	年	月	日	通貨	円	<input type="checkbox"/> 発行が必要
					現物	円	標準報酬月額		
					合計	円	千円		
住民票住所(郵便番号及び都道府県からご記入ください)					備考(該当の場合はチェックしてください)				
〒 -					<input type="checkbox"/> 嘱託再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者				

被 保 険 者 3	被保険者整理番号	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		被扶養者の有無※		
		氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	個人番号(マイナンバー)		資格取得年月日		報酬月額		資格確認書発行要否		
			令和	年	月	日	通貨	円	<input type="checkbox"/> 発行が必要
					現物	円	標準報酬月額		
					合計	円	千円		
住民票住所(郵便番号及び都道府県からご記入ください)					備考(該当の場合はチェックしてください)				
〒 -					<input type="checkbox"/> 嘱託再雇用 <input type="checkbox"/> 二以上事業所勤務 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者				

届書記入(個人番号含む)に誤りがないことを確認しました。	
事業所 記入欄	〒 - TEL - -

社会保険労務士記入欄
TEL - -

受 付 印

※被扶養者が『有』の場合は別途届出が必要です。

この届書は、「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」にご提出いただくものです。

記入方法

【提出者記入欄】

事業所記号 : 健康保険で使用している事業所の番号です。1桁～3桁の数字をご記入ください。

【被保険者1.2.3.】

被保険者
整理番号 : 各事業所ごとに、順次番号をご記入ください。

氏名(フリガナ) : 住民票に登録されているものと同じ氏名を、(フリガナ)はカタカナで正確にご記入ください。
なお、登録可能な文字数は、漢字は15文字、フリガナは25文字までです。

性別 : 戸籍に登録されているものと同じ性別を選択してください。
性別の表記を希望しない場合は、「申出書」が別途必要となります。

生年月日 : 該当する年号を選択して年月日を記入してください。

被扶養者の
有無 : 「有」「無」の該当する方を選択してください。
※「有」を選択した場合は、『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

個人番号
(マイナンバー) : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。

資格取得
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)等をご記入ください。

報酬月額 : 1ヵ月分の報酬から算定して健康保険の「標準報酬月額」をご記入ください。

通貨 給料・手当等、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金額をご記入ください。

- ※ 臨時に支払うものや3か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ヵ月間に、同事業所内で携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。

現物 報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等の金銭(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た価格、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。

資格確認書
発行要否 : マイナンバーカードをお持ちでない方、マイナ保険証を利用することができない状態の方などはこちらにチェックしてください。マイナ保険証をお持ちの方は申請しても交付できません。

被保険者の
住所 : 住民票の住所をご記入ください。
なお、TEL(電話番号)は、ご本人と直接話す場合もあることから**携帯番号を優先**でご記入ください。

備考
(該当の場合) : 今回の取得に対し、労働条件等で該当している場合はその条件を選択してください。

嘱託再雇用 嘱託再雇用の取得はこちらです。60歳以上の継続再雇用の場合は、『継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー』、嘱託再雇用に関する部分が記載されている『就業規則』等が別途必要です。

**二以上事業所
勤務者** 複数勤務の適用事業所の中で選択事業所として取得する場合はこちらです。
被保険者は資格取得日から10日以内に、『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を別途届出する必要があります。

短時間労働者 特定適用事業所で4分の3以下の短時間労働者として取得の場合はこちらです。

パート 就労が4分の3以上勤務で短時間就労者として取得の場合はこちらです。