

健康保険被保険者資格取得届

年 月 日 提出

常務理事	事務長	係

受付印

提出者記入欄	事業所記号	
	事業主所在地	
	事業主名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

被保険者 1	番号	氏名	フリガナ	氏名	生年	昭平令	年	月	日	
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	性別	1.. 男 2. 女		
	報酬月額	⑦金銭	円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	マイナ保険証	0. 有 1. 無		
		⑧現物	円	円						
	住民票住所	〒 -						<input type="checkbox"/> 居住地と同じ		
	住所	〒 -						電話番号		
備考	1. 70歳以上 2. 退職後の継続再雇用 3. 転籍 4. 二以上事業所勤務の取得 5. その他 ()						被扶養者	0. 無 1. 有		
被保険者 2	番号	氏名	フリガナ	氏名	生年	昭平令	年	月	日	
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	性別	1.. 男 2. 女		
	報酬月額	⑦金銭	円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	マイナ保険証	0. 有 1. 無		
		⑧現物	円	円						
	住民票住所	〒 -						<input type="checkbox"/> 居住地と同じ		
	住所	〒 -						電話番号		
備考	1. 70歳以上 2. 退職後の継続再雇用 3. 転籍 4. 二以上事業所勤務の取得 5. その他 ()						被扶養者	0. 無 1. 有		
被保険者 3	番号	氏名	フリガナ	氏名	生年	昭平令	年	月	日	
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	性別	1.. 男 2. 女		
	報酬月額	⑦金銭	円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	マイナ保険証	0. 有 1. 無		
		⑧現物	円	円						
	住民票住所	〒 -						<input type="checkbox"/> 居住地と同じ		
	住所	〒 -						電話番号		
備考	1. 70歳以上 2. 退職後の継続再雇用 3. 転籍 4. 二以上事業所勤務の取得 5. その他 ()						被扶養者	0. 無 1. 有		

* この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌月から起算して3ヶ月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の送本が送付された日の翌月から起算して2ヶ月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省管内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

* 本通知にご不明な点がある場合は、当健康保険組合へお尋ねください。

*** マイナ保険証「有」「無」は必ず、ご記入ください。**

被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書
 上記のとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。
 年 月 日
 音羽健康保険組合理事長 金丸 徳雄