

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

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		

受付印

被保険者 1	番号	氏名	姓	名	生年月日	昭平令	年	月	日	種別	1. 男 2. 女
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有			
	報酬月額	⑦金銭 円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	備考	1. 退職後の再雇用 2. 転籍 3. 二以上事業所				
	住所	〒	—								
被保険者 2	番号	氏名	姓	名	生年月日	昭平令	年	月	日	種別	1. 男 2. 女
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有			
	報酬月額	⑦金銭 円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	備考	1. 退職後の再雇用 2. 転籍 3. 二以上事業所				
	住所	〒	—								
被保険者 3	番号	氏名	姓	名	生年月日	昭平令	年	月	日	種別	1. 男 2. 女
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有			
	報酬月額	⑦金銭 円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	備考	1. 退職後の再雇用 2. 転籍 3. 二以上事業所				
	住所	〒	—								
被保険者 4	番号	氏名	姓	名	生年月日	昭平令	年	月	日	種別	1. 男 2. 女
	個人番号	取得年月日	令和	年	月	日	被扶養者	0. 無 1. 有			
	報酬月額	⑦金銭 円	合計 (⑦+⑧)	標準報酬	千円	備考	1. 退職後の再雇用 2. 転籍 3. 二以上事業所				
	住所	〒	—								