

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	フリガナ 氏 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	㊦金銭 円	合計 (㊦+㊧)	標準 報酬 円	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 ()					
		㊨現物 円			千円						
	住民票住所	〒 ー ☐ 居住所と同じ									
居住所	〒 ー 電話番号										
被保険者2	番号		氏名	フリガナ 氏 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	㊦金銭 円	合計 (㊦+㊧)	標準 報酬 円	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 ()					
		㊨現物 円			千円						
	住民票住所	〒 ー ☐ 居住所と同じ									
居住所	〒 ー 電話番号										
被保険者3	番号		氏名	フリガナ 氏 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	㊦金銭 円	合計 (㊦+㊧)	標準 報酬 円	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 ()					
		㊨現物 円			千円						
	住民票住所	〒 ー ☐ 居住所と同じ									
居住所	〒 ー 電話番号										
被保険者4	番号		氏名	フリガナ 氏 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	㊦金銭 円	合計 (㊦+㊧)	標準 報酬 円	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 ()					
		㊨現物 円			千円						
	住民票住所	〒 ー ☐ 居住所と同じ									
居住所	〒 ー 電話番号										