

決済日付印

常務理事	事務局長	担当者

# 健康保険被保険者資格取得届

①健康保険証の記号		フリガナ										⑩		⑪		⑫		⑬		
健康保険証の番号		被保険者の氏名		生年月日			性別	取得区分	個人番号			資格取得年月日		⑦ 報酬月額	⑧ 通貨によるもの額	⑨ 現物によるもの額	⑫ 標準報酬月額	⑬ 被扶養者の有無	⑭ 被保険者証の不要	備考
				昭和 平成			男 女	新 再				平成 年 月 日		① 円	② 円	③ 円	千円	無 有		
⑧郵便番号		-		⑨ フリガナ	被保険者住所	都道 府県			⑭特定適用事業所記入欄											
				昭和 平成	男 女	新 再				平成 年 月 日		① 円	② 円	③ 円	千円	無 有				
⑧郵便番号		-		⑨ フリガナ	被保険者住所	都道 府県			⑭特定適用事業所記入欄											
				昭和 平成	男 女	新 再				平成 年 月 日		① 円	② 円	③ 円	千円	無 有				
⑧郵便番号		-		⑨ フリガナ	被保険者住所	都道 府県			⑭特定適用事業所記入欄											
				昭和 平成	男 女	新 再				平成 年 月 日		① 円	② 円	③ 円	千円	無 有				
⑧郵便番号		-		⑨ フリガナ	被保険者住所	都道 府県			⑭特定適用事業所記入欄											

◎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。

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(	局) 番

【記入の方法】

1 ③の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入すること。

2 ④の年号は、該当する文字を○印で囲むこと。生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

昭和	年	月	日			
平成	3	2	0	2	0	7

のように記入

3 ⑥は、初めて当組合の被保険者となったときは「新」を、これまでに当組合に加入したことがある場合は「再」を○で囲むこと。

4 ⑦は、個人番号（個人番号を有する者に限る。）を記入すること。

※個人番号を有していない者については、個人番号の記入は不要とすること。

5 ⑩の資格取得年月日は、たとえば、平成2年4月1日の場合は、

平成	年	月	日		
0	2	0	4	0	1

のように記入すること。

6 ⑦は、下記により記入すること。

①は、報酬のうち、臨時に受けるもの及び3月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、金銭(通貨)で支払われる賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、健康保険法第42条第1項各号の規定によって算定した額を記入すること。

②は、報酬のうち、食事、住宅、被服など金銭(通貨)以外のもので支払われるものについて、健康保険法第46条の規定によって厚生労働大臣または健康保険組合が定めた額によって算定した額を記入すること。

7 ④は、被扶養者のある被保険者で被扶養者届を提出している者については「有」を、その他の者については「無」を○印で囲むこと。

8 ⑧及び⑨の記入は要しないものであること。

9 ⑬は、健康保険法第118条第1項各号のいずれかに該当する者については、その旨を記入すること。

10 ⑭は、特定適用事業所において、短時間労働者（3/4基準を満たさない者）が被保険者となったときは□に✓を入れること。

11 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は要しないものであること。

12 本手続は電子申請による届出も可能であること。