

※事業主印を押印してください。

# 健康保険 被保険者資格取得届

健康保険被保険者証の記号

		課長	係長	係員

郵便番号 事業所所在地	〒 _____
事業所名称 事業主氏名 電話番号	_____ ( ) _____

◎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。

健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	種別(性別)	マイナンバー(個人番号)	資格取得年月日	⑦報酬月額			標準報酬月額額	⑧被扶養者届添付の有無	添付書類
						①金銭(通貨)によるものの額	②現物によるものの額	③合計			
フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 平7 (女)2				令和 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	無・有	備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は、☑を入れてください。)
郵便番号	住所	フリガナ	都道	府県							
フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 平7 (女)2				令和 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	無・有	備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は、☑を入れてください。)
郵便番号	住所	フリガナ	都道	府県							
フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 平7 (女)2				令和 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	無・有	備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は、☑を入れてください。)
郵便番号	住所	フリガナ	都道	府県							
フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 平7 (女)2				令和 年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	無・有	備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は、☑を入れてください。)
郵便番号	住所	フリガナ	都道	府県							

第 業 令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印

受付日付印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日 改)