

保険証の記号を記入してください。

健康保険被保険者証の記号  
950

マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

### 健康保険 被保険者資格取得届

課長	係長	係員

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入してください。

〒 453-0804  
名古屋市中村区黄金通1丁目18番地  
愛鉄工業 株式会社  
代表取締役社長 愛鉄 連太郎  
( 052 ) 461 - 6131

郵便番号 事業所所在地  
事業所名称 事業主氏名 電話番号

番号が不明の場合には空白で提出してください。

資格取得届に添付する書類を記入して下さい。

健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	性別(性別)	マイナンバー(個人番号)	資格取得年月日	標準報酬月額	添付書類
81	中村 カズオ 一夫	昭和45年12月16日	男	1111111111111111111	昭和51年2月1日	180	無
住民票住所: 中村 栄二丁目10-19 名古屋市中区栄二丁目10-19 フリガナ: ナカムラ カズオ 一夫 郵便番号: 460-0008 愛知 アイチケン ナゴヤンシヤクサカエニシヨウメ							
備考: □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)							
備考: □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)							
備考: □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)							
備考: □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)							

被扶養者(異動)届の添付の有無を○で囲んでください。

フリガナ、氏名は戸籍上のものを記入してください。

特定適用事業所に勤務する短時間労働者(3/4未満)該当者は、こちらにチェックを入れてください。

住民票の住所を記入してください。住民票住所と居所(郵送先住所)が異なる場合は、住所変更届を添付してください。郵便番号を忘れずに記入してください。

報酬月額欄には見込み額で記入します。具体的には基本給に通勤手当・住宅手当などの定期的に支払われる諸手当と残業手当等(見込額)を加えた額を記入します。

令和5年12月1日 提出  
社会保険労務士の提出代行者印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿  
受付日付印  
(令和5年12月 改)