

事業所所在地、名称、事業主氏名等を記入し押印してください。
 法人の場合は、代表者印を忘れずに押印してください。

家族を扶養申請する場合は、マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

保険証の記号を記入してください。

健康保険 被保険者資格取得届

※事業主印を押印してください。

郵便番号 事業所所在地 〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地

事業所名称 事業主氏名 電話番号 愛鉄工業 株式会社 代表取締役社長 愛鉄連太郎業 (052) 461-6131

健康保険被保険者証の記号 9 5 0

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	報酬月額	標準報酬月額	被扶養者等の有無	添付書類
81	フリガナ ナカムラ カズオ (氏) 中村 (名) 一夫	昭5年12月16日 平7年4月5日	(男)1 (女)2	1111111111111111	令和1年6月1日	① 171,000円 ② 5,720円 ③ 176,720円	180千円	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 460-0008	住所 フリガナ アイチケン ナゴヤシ ナカク サカエニチョウメ 都道府県 愛知 名古屋市 中村区 栄二丁目10-19							
	フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 (女)2				① 円 ② 円 ③ 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 都道府県							
	フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 (女)2				① 円 ② 円 ③ 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 都道府県							
	フリガナ (氏) (名)	昭5年 月 日 (男)1 (女)2				① 円 ② 円 ③ 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 都道府県							

令和 年 月 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 (令和1年5月1日 改)

資格取得届に添付する書類を記入してください。

被扶養者(異動)届の添付の有無を○で囲んでください。

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☑を入れてください。

報酬月額欄には見込額で記入します。具体的には初任給に通勤手当・住宅手当などの定期的な諸手当と残業手当等(見込額)を加えた額を記入します。

番号が不明の場合には空白で提出してください。

フリガナ、氏名は戸籍上のものを記入してください。

郵便番号を忘れずに記入してください。

住所は都道府県名から漢字で記入し、カタカナでフリガナをふってください。