

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	() -

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	① 金銭(通貨)に よるものの額			標準報酬 月額	⑧ 被扶養者 届添付 の有無	添付 書類
							①	②	③			
フリガナ (氏) (名)	昭 5 平 7	年 月 日	(男)1 (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、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)	
フリガナ (氏) (名)	昭 5 平 7	年 月 日	(男)1 (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、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)	
フリガナ (氏) (名)	昭 5 平 7	年 月 日	(男)1 (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、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)	
フリガナ (氏) (名)	昭 5 平 7	年 月 日	(男)1 (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、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。)	

第 葉

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5年12月 改)