

# 健康保険 被保険者資格取得届

健康保険被保険者の記号

			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	(      )	—

※発行要件に当てはまらない場合は、資格確認書は発行されません

健康保険 被保険者 番号	被保険者氏名 フリガナ (氏) (名)	生年月日 昭 5 年 月 日 平 7	種別 (性別) (男)1 (女)2	マイナンバー (個人番号)	資格取得 年月日 令和 年 月 日	報酬 月額	金銭(通貨)によるもの額			標準報酬 月額	(1) 被扶養者 届添付 の有無 無 有	資格確認書の 発行要否 □発行が必要 (該当する場合は、□を入れてください。)											
							(7)	円	健 千円														
							(1)	円	円														
住民票住所	フリガナ 都道 府県										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。)												
		フリガナ 都道 府県																					
フリガナ (氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7	(男)1 (女)2	令和 年 月 日	(7)	円	健 千円	(1)	円	(7)	円	(1)	円											
																						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。)	
住民票住所	フリガナ 都道 府県										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。)												
		フリガナ 都道 府県																					
フリガナ (氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7	(男)1 (女)2	令和 年 月 日	(7)	円	健 千円	(1)	円	(7)	円	(1)	円											
																						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。)	
住民票住所	フリガナ 都道 府県										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。)												
		フリガナ 都道 府県																					

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7年12月 改)