

健康保険被 険者の記号

健康保険 被保険者資格取得届

		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	() -

※マイナ保険証をお持ちの方は、原則資格確認書は必要ありません

健康保険 被保険者 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	⑦ 金銭(通貨)に よるものの額		標準報酬 月 額	① 被扶養者 届 添 付 の 有 無	資格確認書の 発行要否
								① 現物による ものの額				
								② 合計				
	フリガナ (氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2		令和 年 月 日	⑦ 円	健康保険 千円			無 ・ 有	□発行が必要 (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 (氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2		令和 年 月 日	⑦ 円	健康保険 千円			無 ・ 有	□発行が必要 (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 (氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2		令和 年 月 日	⑦ 円	健康保険 千円			無 ・ 有	□発行が必要 (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 (氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2		令和 年 月 日	⑦ 円	健康保険 千円			無 ・ 有	□発行が必要 (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 (氏) (名)	昭 5 ・ 平 7	年 月 日	(男)1 ・ (女)2		令和 年 月 日	⑦ 円	健康保険 千円			無 ・ 有	□発行が必要 (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。)									

第	令和 年 月 日 提出
葉	

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6年12月 改)