

証書コード	処理区分	届書
200		

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	担当者

①健康保険被保険者証の記号	②事業所番号												
③※健康保険被保険者証の番号	④被保険者の氏名	⑤生年月日	⑥種別(性別)	⑦取得区分	⑧基礎年金番号	⑨※作成原因	⑩資格取得年月日	(ア)報酬月額 (イ)通貨による物の額 (ウ)現物による物の額 (エ)合計	⑪※標準報酬月額	(オ)被扶養者の有無	⑫※健康保険被保険者証の必要	⑬※強制付帯指定	⑭※年金手帳の必要
	ケンボ 太郎	大. 3 昭. 5 平. 7 令. 9	1. 5 2. 6 3. 7	新1・共3 再2・船4			令和 年 月 日	(イ) 000000 円 (ウ) 00000 円 (エ) 000000 円	健 千円 000 無・有				
⑩郵便番号	〒	都道府県											
※住所コード		都道府県											
フリガナ	(氏)	大. 3 昭. 5 平. 7 令. 9	1. 5 2. 6 3. 7	新1・共3 再2・船4			令和 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無・有				
⑩郵便番号		都道府県											
※住所コード		都道府県											
フリガナ	(氏)	大. 3 昭. 5 平. 7 令. 9	1. 5 2. 6 3. 7	新1・共3 再2・船4			令和 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無・有				
⑩郵便番号		都道府県											
※住所コード		都道府県											
フリガナ	(氏)	大. 3 昭. 5 平. 7 令. 9	1. 5 2. 6 3. 7	新1・共3 再2・船4			令和 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無・有				
⑩郵便番号		都道府県											
※住所コード		都道府県											
フリガナ	(氏)	大. 3 昭. 5 平. 7 令. 9	1. 5 2. 6 3. 7	新1・共3 再2・船4			令和 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無・有				
⑩郵便番号		都道府県											
※住所コード		都道府県											

◎「※」印欄は記入しなくても構いません。

令和 年 月 日提出

受付日付印

健康保険組合理事長

社会保険労務士の提出代行者印

㊞

*被扶養者・有の場合は「被扶養者(異動)届」を提出願います。

事業所所在地	〒000-0000
事業所名称	東京都〇〇区〇〇町〇一〇
事業主氏名	〇〇〇〇〇(株)
電話	総務部長 〇〇〇〇
	00 (0000 局) 0000 番