

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	
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		⑪※報酬月額	
⑫標準報酬月額		⑬※被保険者の有無	
⑭健康保険被保険者証の番号		⑮健康保険被保険者証の番号	
フリガナ		大. 3 年 月 日	
(氏)		1. 5 新1・共3	
		2. 6 再2・船4	
⑩郵便番号		⑪被保険者住所	
※住所コード		都道府県	
フリガナ		大. 3 年 月 日	
(氏)		1. 5 新1・共3	
		2. 6 再2・船4	
⑩郵便番号		⑪被保険者住所	
※住所コード		都道府県	
フリガナ		大. 3 年 月 日	
(氏)		1. 5 新1・共3	
		2. 6 再2・船4	
⑩郵便番号		⑪被保険者住所	
※住所コード		都道府県	
フリガナ		大. 3 年 月 日	
(氏)		1. 5 新1・共3	
		2. 6 再2・船4	
⑩郵便番号		⑪被保険者住所	
※住所コード		都道府県	

「※」印欄は記入しなくても構いません。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(	局) 番

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	
	印