承　認　印	係

受付印

取 得

健康保険 **被保険者資格取得届**

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄	
事業所記号	
事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　ー
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者1

①被保険者証番号		②氏名	フリガナ 氏	名	③生年月日	5.昭和 7.平成	年　月　日	④種別	1.男 2.女
⑤取得区分	1.健保	⑥個人番号	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）は必ず記載してください		⑦取得年月日	9.令和	年　月　日	⑧被扶養者	0.無　1.有
⑨報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒合計（㋐+㋑） 円	標準 千円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1.70歳以上 2.二以上事業所勤務者の取得	3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）		
⑪住民票住所	〒　　ー 電話　　（　　）							住民票住所が記載できない場合の理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他（　　）	
居所住所	〒　　ー ※住民票住所と居所住所が異なる場合記載してください								

被保険者2

①被保険者証番号		②氏名	フリガナ 氏	名	③生年月日	5.昭和 7.平成	年　月　日	④種別	1.男 2.女
⑤取得区分	1.健保	⑥個人番号	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）は必ず記載してください		⑦取得年月日	9.令和	年　月　日	⑧被扶養者	0.無　1.有
⑨報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒合計（㋐+㋑） 円	標準 千円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1.70歳以上 2.二以上事業所勤務者の取得	3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）		
⑪住民票住所	〒　　ー 電話　　（　　）							住民票住所が記載できない場合の理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他（　　）	
居所住所	〒　　ー ※住民票住所と居所住所が異なる場合記載してください								

被保険者3

①被保険者証番号		②氏名	フリガナ 氏	名	③生年月日	5.昭和 7.平成	年　月　日	④種別	1.男 2.女
⑤取得区分	1.健保	⑥個人番号	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）は必ず記載してください		⑦取得年月日	9.令和	年　月　日	⑧被扶養者	0.無　1.有
⑨報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒合計（㋐+㋑） 円	標準 千円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1.70歳以上 2.二以上事業所勤務者の取得	3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）		
⑪住民票住所	〒　　ー 電話　　（　　）							住民票住所が記載できない場合の理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他（　　）	
居所住所	〒　　ー ※住民票住所と居所住所が異なる場合記載してください								

被保険者4

①被保険者証番号		②氏名	フリガナ 氏	名	③生年月日	5.昭和 7.平成	年　月　日	④種別	1.男 2.女
⑤取得区分	1.健保	⑥個人番号	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）は必ず記載してください		⑦取得年月日	9.令和	年　月　日	⑧被扶養者	0.無　1.有
⑨報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒合計（㋐+㋑） 円	標準 千円		⑩備考	該当する項目を○で囲んでください。 1.70歳以上 2.二以上事業所勤務者の取得	3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等） 4.退職後の継続再雇用者の取得 5.その他（　　）		
⑪住民票住所	〒　　ー 電話　　（　　）							住民票住所が記載できない場合の理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他（　　）	
居所住所	〒　　ー ※住民票住所と居所住所が異なる場合記載してください								

〒103-0007　東京都中央区日本橋浜町2-42-10　東京紙商健康保険組合　業務課☎03-3666-2522

記入例｜資格取得届

令和　6　年　9　月　2　日提出

提出者記入欄		
	事業所記号	2345
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　111　－　1111 東京都〇〇区〇〇町１－２－３
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長　〇〇　〇〇〇
	電話番号	03　（　1234　）　5678

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者1																							
① 被保険者証番号	125	② 氏名	フリガナ	〇〇〇	〇〇〇							③ 生年月日	5.昭和	1	1	0	7	0	5	④ 種別	1.男	2.女	
			氏	〇	〇	〇	名	〇	〇				7.平成	年		月		日					
⑤ 取得区分	1.健保	⑥ 個人番号	個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ）は必ず記載してください									⑦ 取得年月日	9.令和	0	6	0	9	0	1	⑧ 被扶養者	0.無	1.有	
			1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0									
⑨ 報酬月額	㋐ 通貨	200,000 円	㋑ 現物	13,000 円	㋒ 合計（㋐+㋑）	213,000 円	標準	220 千円	⑩ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 1.70歳以上　2.二以上事業所勤務者の取得　3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等）　4.退職後の継続再雇用者の取得　5.その他（　）													
⑪ 住民票住所	〒234―0023　千葉県〇〇市〇〇2丁目3-4　電話　020（1234）5678																			住民票住所が記載できない場合の理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他（　）			
居所住所	〒　― ※住民票住所と居所住所が異なる場合記載してください																						

記入方法｜記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

① 被保険者証番号	被保険者別に追番号をご記入ください。
② 氏 名	住民票に登録されている氏名をご記入ください。（フリガナはカタカナでご記入ください。）
④ 種 別	該当する番号を〇で囲んでください。
⑥ 個人番号	本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
⑦ 取得年月日	適用事業所に使用されるに至った日（事実上の使用関係が発生した日）をご記入ください。
⑧ 被扶養者	健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を〇で囲み、「被扶養者（異動）届」をご提出ください。 健康保険の被扶養者がない場合は「0.無」を〇で囲んでください。
⑨ 報酬月額	「㋐通貨」は、給料、手当等の名称を問わず労働の対償として金銭（通貨）で支払われるすべての合計額をご記入くださ ・ 臨時に支払うものや３月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。 ・ 週給の場合は、報酬額を７で割って得た額の３０倍に相当する金額をご記入ください。 ・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月１か月間に同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。 「㋑現物」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭（通貨）以外で支払われるものについてご記入ください。 ・ 現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事、住宅については都道府県ごとに定められた価 その他被服等は時価により算定した額）をご記入ください。
⑩ 備考	必要に応じて〇を記載してください。
⑪ 住所	住民票住所をご記入ください。住民票住所に居住していない場合は、下段に居所住所を記入してください。 なお、日本国内に住民票（個人番号）を有していない等、住民票住所を記入できない場合は居所住所を記入のうえ、 1.海外在住　2.短期在留　3.その他　のいずれか該当する理由を〇で囲みその他の場合は、その理由をご記入ください。