

常務理事	事務長	課長	主任	係員

健康保険被保険者資格取得届及び決定通知書

被保険者証の記号																			
被保険者証の番号	被保険者の氏名					種別 (性別)	生年月日			資格取得年月日	報酬月額 ①金銭によるものの額 ②現物によるものの額 ③合計	標準報酬月額	被扶養者の有無	適用					
	フリガナ		1	5	昭 5	年	月	日	令和 年	月	日	①	円	千円	有	新規			
	氏	名	2	6								平 7	②				円	無	再雇用
			3	7									③				円		
住民票の住所	〒				住所						電話番号	-	-						
※居所住所	〒				住所						電話番号	-	-						
個人番号																			

	フリガナ		1	5	昭 5	年	月	日	令和 年	月	日	①	円	千円	有	新規			
	氏	名	2	6								平 7	②				円	無	再雇用
			3	7									③				円		
住民票の住所	〒				住所						電話番号	-	-						
※居所住所	〒				住所						電話番号	-	-						
個人番号																			

※居所住所欄は、住民票の住所と居所が違う場合に記入してください。

令和 年 月 日提出

事業所所在地 〒	-
事業所名称	
事業主名	
電話番号	

社会保険労務士の 提出代行者	
-------------------	--

ダイハツ系連合健康保険組合理事長