

# 健康保険被保険者資格取得届

月分保険料調定済

事業所の記号	令和 年 月 日提出	常務理事	事務長	課長	主任	係員

被保険者の番号	被保険者の氏名		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
	フリガナ		1	昭5	年	令	年	①	円			千円
	氏	名	・	平	月	和	月	②	円			
			2	7	日		日	③	円			

被扶養者の有無	適用	住民票の住所	〒 -									
	新規		〒 -									
有・無	再雇用	※1 居所住所	〒 -									
	短時間	電話番号	-			-			携帯電話番号	-		
		※2 個人番号										

被保険者に確認	マイナ保険証を持っている⇒右欄空欄のまま								<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要
	マイナ保険証を持っているが使用するのが困難(高齢者、障害者等)⇒右欄に☑を入れる								
	マイナ保険証を持っていない⇒右欄に☑を入れる								

被保険者の番号	被保険者の氏名		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
	フリガナ		1	昭5	年	令	年	①	円			千円
	氏	名	・	平	月	和	月	②	円			
			2	7	日		日	③	円			

被扶養者の有無	適用	住民票の住所	〒 -									
	新規		〒 -									
有・無	再雇用	※1 居所住所	〒 -									
	短時間	電話番号	-			-			携帯電話番号	-		
		※2 個人番号										

被保険者に確認	マイナ保険証を持っている⇒右欄空欄のまま								<input type="checkbox"/> 資格確認書の発行が必要
	マイナ保険証を持っているが使用するのが困難(高齢者、障害者等)⇒右欄に☑を入れる								
	マイナ保険証を持っていない⇒右欄に☑を入れる								

※1 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。

※2 個人番号(マイナンバー)は必ず記入してください。(健康保険法施行規則第24条による。)

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

2024.12改定