

健康保険 被保険者資格取得届

課長	課長補佐	課員

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	
	厚生年金保険事業所整理記号	事業所番号
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りが無いことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	()	

受付印

受領欄

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.男 6.女	基金
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号		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	⑦ 通貨 ⑧ 現物	円	円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. パートタイマー 2. 短時間労働者（特定適用事業所等） 3. 二以上事業所勤務者の取得 4. その他 []			
	⑪ 住所	〒 -							

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.男 6.女	基金
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号		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	⑦ 通貨 ⑧ 現物	円	円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. パートタイマー 2. 短時間労働者（特定適用事業所等） 3. 二以上事業所勤務者の取得 4. その他 []			
	⑪ 住所	〒 -							

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.男 6.女	基金
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号		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	⑦ 通貨 ⑧ 現物	円	円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. パートタイマー 2. 短時間労働者（特定適用事業所等） 3. 二以上事業所勤務者の取得 4. その他 []			
	⑪ 住所	〒 -							

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.男 6.女	基金
	⑤ 取得区分	1.健保・厚年	⑥ 個人番号		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	⑦ 通貨 ⑧ 現物	円	円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. パートタイマー 2. 短時間労働者（特定適用事業所等） 3. 二以上事業所勤務者の取得 4. その他 []			
	⑪ 住所	〒 -							

この届出書に記入の個人情報は「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。

記入例 | 資格取得届

令和 3 年 2 月 3 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	1 2 3 4	事業所 番号	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 〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 03 (1234) 5678	社会保険労務士記載欄 氏名等
	厚生年金保険 事業所整理記号				
	事業所 所在地				
	事業所 名称				
事業主 氏名					
電話番号					

被保険者1	① 被保険者 証番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 〇〇 氏 〇〇〇 名 〇〇	③ 生年月日	5.昭和 7.平成	年 1 0 1 2 0 1	月	日	④ 種別	1.男 2.女 5.男 6.女 基金 基金
	⑤ 取得 区分	1.健保・厚年	⑥ 個人 番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	⑦ 取得 年月日	9.令和	年 0 3 0 2 0 1	月	日	⑧ 被扶 養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨	295,000 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	301,500 円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. パートタイマー 2. 短時間労働者(特定適用事業所等) 3. 二以上事業所勤務者の取得 4. その他 []				
	⑪ 住所	〒 111 - 1111 東京都〇〇市〇〇〇 2-3-4									

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○で囲んでください(厚生年金基金加入員の場合は5もしくは6を○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○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いない場合は「0.無」を○で囲んでください。 |
| ⑨ 報酬月額 | 「⑦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い。
・ 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。
「⑧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格、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 | 退職後の継続再雇用者の取得の場合は、4. その他を○で囲み []内にその内容をご記入ください。 |