

# 健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日提出

受付印

<b>提出者記入欄</b>	被保険者等記号			
	厚生年金保険 事業所整理記号			事業所 番号
	事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電話番号	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 -		
	電話番号	( )		

社会保険労務士記載欄
氏名等

<b>被保険者 1</b>	① 被保険者等 番号	② 氏名 フリガナ 氏 名	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別 1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号	⑦ 取得 年月日	年 月 日	⑧ 被扶 養者	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑧ 合計 (⑦+⑧) 円	⑩ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の取得 <input type="checkbox"/> その他		
	⑪ 住所	〒 -			住所が空欄の場合は該当する項目を ○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ( )	⑫ 資格確認書 発行の要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

<b>被保険者 2</b>	① 被保険者等 番号	② 氏名 フリガナ 氏 名	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別 1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号	⑦ 取得 年月日	年 月 日	⑧ 被扶 養者	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑧ 合計 (⑦+⑧) 円	⑩ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の取得 <input type="checkbox"/> その他		
	⑪ 住所	〒 -			住所が空欄の場合は該当する項目を ○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ( )	⑫ 資格確認書 発行の要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

<b>被保険者 3</b>	① 被保険者等 番号	② 氏名 フリガナ 氏 名	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別 1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号	⑦ 取得 年月日	年 月 日	⑧ 被扶 養者	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑧ 合計 (⑦+⑧) 円	⑩ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の取得 <input type="checkbox"/> その他		
	⑪ 住所	〒 -			住所が空欄の場合は該当する項目を ○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ( )	⑫ 資格確認書 発行の要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

<b>被保険者 4</b>	① 被保険者等 番号	② 氏名 フリガナ 氏 名	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別 1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号	⑦ 取得 年月日	年 月 日	⑧ 被扶 養者	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑧ 合計 (⑦+⑧) 円	⑩ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の取得 <input type="checkbox"/> その他		
	⑪ 住所	〒 -			住所が空欄の場合は該当する項目を ○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ( )	⑫ 資格確認書 発行の要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

# 記入例

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出

提出者記入欄	被保険者等記号	1 2 3 4	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 被保険者等 番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 氏 〇〇〇	〇〇 名 〇〇	③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	0 2	月	1 2	日	④ 種 別	1.男 2.女	
	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 6	月	1 2	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 <input type="checkbox"/> 短時間労働者 <input type="checkbox"/> 退職後の継続再雇用者の取得 <input type="checkbox"/> その他							
	⑧ 現物	6,500 円													
	⑪ 住 所	〒 111 - 1111 東京都〇〇市〇〇〇 2-3-4										住所が空欄の場合は該当する項目を ○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ( )	⑫ 資 格 確 認 書 発 行 の 要 否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	

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 被保険者等<br>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○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。<br>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。<br>・ 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。<br>・ 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。<br>・ 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。<br><br>「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。<br>・ 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             | 必要に応じてご記入ください。  |
| ⑪ 住所             | 住民票住所を正確にご記入ください。<br>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、居所等を記入の上、1~3のいずれかを○で囲み、3の場合はその理由をご記入ください。  |
| ⑫ 資格確認書<br>発行の要否 | 交付要件に該当している方は、「 <input type="checkbox"/> 発行が必要」欄に☑チェックを入れ、「健康保険資格確認書(再)交付申請書」を添付してください。<br>交付要件: 1)マイナンバーカードを紛失した 2)マイナンバーカードの更新手続き中 3)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている 4)マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない 5)マイナンバーカードを作っていない 6)マイナンバーカードを返納した 7)受診には第三者(介助者など)のサポートが必要でマイ保険証での受診が困難   |