

健康保険 被保険者資格取得届

年 月 日 提出

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

提出者記入欄

健康保険の記号					
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。 〒				
事業所名称					
事業主氏名					
電話番号					

受付印

社会保険労務士記載欄

印

個人番号を記入できない場合は、「⑤個人番号」欄に基礎年金番号（10桁、左詰め）を記入してください。

被保険者 1

①被保険者番号		②氏名	(フリガナ) 氏名	(名) 氏名	③生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	④性別	1. 男 2. 女
取 得 区 分	1. 健保・厚年	⑤個人番号 [基礎年金番号]			⑥取 得 (該当) 年月日	9. 令和	年	月	日	⑦被 扶 養 者	0. 無 1. 有
⑧報酬月額	⑦(通貨) 円 ④(現物) 円	⑦(合計 ⑦+④) 円	⑨健 標準報酬月額 円	⑩備 考	該当する項目があれば✓をしてください。 ☐ 資格確認書交付希望 ☐ 転籍・定年再雇用 ☐ 二以上事業所勤務者の取得 (記号 番号) ☐ 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) ☐ その他 ()						
⑪住民票住所	〒 ー (フリガナ)					⑫個人番号未記入理由	1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []				

被保険者 2

①被保険者番号		②氏名	(フリガナ) 氏名	(名) 氏名	③生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	④性別	1. 男 2. 女
取 得 区 分	1. 健保・厚年	⑤個人番号 [基礎年金番号]			⑥取 得 (該当) 年月日	9. 令和	年	月	日	⑦被 扶 養 者	0. 無 1. 有
⑧報酬月額	⑦(通貨) 円 ④(現物) 円	⑦(合計 ⑦+④) 円	⑨健 標準報酬月額 円	⑩備 考	該当する項目があれば✓をしてください。 ☐ 資格確認書交付希望 ☐ 転籍・定年再雇用 ☐ 二以上事業所勤務者の取得 (記号 番号) ☐ 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) ☐ その他 ()						
⑪住民票住所	〒 ー (フリガナ)					⑫個人番号未記入理由	1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []				

被保険者 3

①被保険者番号		②氏名	(フリガナ) 氏名	(名) 氏名	③生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	④性別	1. 男 2. 女
取 得 区 分	1. 健保・厚年	⑤個人番号 [基礎年金番号]			⑥取 得 (該当) 年月日	9. 令和	年	月	日	⑦被 扶 養 者	0. 無 1. 有
⑧報酬月額	⑦(通貨) 円 ④(現物) 円	⑦(合計 ⑦+④) 円	⑨健 標準報酬月額 円	⑩備 考	該当する項目があれば✓をしてください。 ☐ 資格確認書交付希望 ☐ 転籍・定年再雇用 ☐ 二以上事業所勤務者の取得 (記号 番号) ☐ 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) ☐ その他 ()						
⑪住民票住所	〒 ー (フリガナ)					⑫個人番号未記入理由	1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []				

被保険者 4

①被保険者番号		②氏名	(フリガナ) 氏名	(名) 氏名	③生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	④性別	1. 男 2. 女
取 得 区 分	1. 健保・厚年	⑤個人番号 [基礎年金番号]			⑥取 得 (該当) 年月日	9. 令和	年	月	日	⑦被 扶 養 者	0. 無 1. 有
⑧報酬月額	⑦(通貨) 円 ④(現物) 円	⑦(合計 ⑦+④) 円	⑨健 標準報酬月額 円	⑩備 考	該当する項目があれば✓をしてください。 ☐ 資格確認書交付希望 ☐ 転籍・定年再雇用 ☐ 二以上事業所勤務者の取得 (記号 番号) ☐ 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) ☐ その他 ()						
⑪住民票住所	〒 ー (フリガナ)					⑫個人番号未記入理由	1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 []				

〔記入方法〕

- ① 被保険者番号 健保の整理番号となりますのでそれぞれ被保険者別に追番号をご記入ください。
番号を欠番とすることは出来ません。
- ② 氏 名 氏名は住民票に登録されている氏名を「楷書」で記入し、フリガナ欄はカタカナで正確にご記入ください。
- ③ 生年月日 年号は該当する番号を○で囲み、戸籍上の生年月日を正確にご記入ください。
- ④ 種 別 被保険者が男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を○で囲んでください。
- ⑤ 個人番号
〔基礎年金番号〕 本人確認を行った上で個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている 10 桁の番号を左詰めでご記入ください。必ずどちらかの番号は記入が必要です。
- ⑥ 取得(該当)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。
- ⑦ 被扶養者 資格取得届に被扶養者（異動）届を添付している方については「有」を、添付していない方については「無」を○で囲んでください。
- ⑧ 報酬月額 ⑦欄は、給料・手当等、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金額をご記入ください。
※1 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。
※2 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。
※3 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。
④欄は、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。
⑤欄は、⑦欄と④欄の合計額を記入し、交通費の再掲を記入してください。
- ⑨ 標準報酬月額 「健」「厚」欄は、⑦欄の額を「標準報酬月額区分表」にあてはめて得られた標準報酬月額をご記入ください。
- ⑩ 備 考 「1．資格確認書交付希望」・「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）」に該当する方は、✓点を入れてください。
「4．転籍・定年再雇用」に該当する場合は、従前の健康保険被保険者証の記号番号を記入し「資格喪失届」と同時に提出してください。
なお、定年再雇用の場合は、以下の添付書類が必要となります。
ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、及び継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載され事業主印が押印されているもの）等
- ⑪ 住 所 住民票の住所を都道府県名から「楷書」で記入し、フリガナ欄は、カタカナで正確にご記入ください。
- ⑫ 個人番号未記入理由 個人番号が記入できない場合、未記入理由をご記入ください。