

事業所整理記号
(健康保険被保険者証記号)

健康保険 被保険者資格取得届 厚生年金保険

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

①事業所整理記号
②事業所番号(告知番号)

③被保険者整理番号
④被保険者の氏名
⑤生年月日
⑥種別(性別)
⑦取得区分
⑧個人番号
基礎年金番号
⑨※作成原因
⑩資格取得年月日
⑪報告月額
⑫通貨によるものの額
⑬現物によるものの額
⑭合計
⑮標準報酬月額
⑯被扶養者の有無
⑰健康保険被保険者証の不要
⑱強制付番指定
⑲年金手帳の不要

健	フリガナ (氏) (名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 2 6 3 7	新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日	① ② ③	円 円 円	健 千円 年 千円	無・有	送信
年	⑩郵便番号 ※住所コード	⑪フリガナ 被保険者住所	都道 府県	⑭備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください。)								

健	フリガナ (氏) (名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 2 6 3 7	新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日	① ② ③	円 円 円	健 千円 年 千円	無・有	送信
年	⑩郵便番号 ※住所コード	⑪フリガナ 被保険者住所	都道 府県	⑭備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください。)								

健	フリガナ (氏) (名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 2 6 3 7	新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日	① ② ③	円 円 円	健 千円 年 千円	無・有	送信
年	⑩郵便番号 ※住所コード	⑪フリガナ 被保険者住所	都道 府県	⑭備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください。)								

健	フリガナ (氏) (名)	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	1 5 2 6 3 7	新1・共3 再2・船4		平成 年 月 日	① ② ③	円 円 円	健 千円 年 千円	無・有	送信
年	⑩郵便番号 ※住所コード	⑪フリガナ 被保険者住所	都道 府県	⑭備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください。)								

平成 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電話	(局) 番

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

★健康保険組合への届出については個人番号を必ず記入してください。
日本年金機構への届出については基礎年金番号を必ず記入してください。

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※印欄は記入しないでください。