

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号	
	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	()

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

被保険者1	① 被保険者 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	①.健保	⑥ 基礎年金 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	円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	標準報酬月額	円	千円	⑩ 備 考	該当する項目にレ点を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 <input type="checkbox"/> 転籍・継続再雇用 (-)
	⑩ 住 所	〒 -							

被保険者2	① 被保険者 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	①.健保	⑥ 基礎年金 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	円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	標準報酬月額	円	千円	⑩ 備 考	該当する項目にレ点を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 <input type="checkbox"/> 転籍・継続再雇用 (-)
	⑩ 住 所	〒 -							

被保険者3	① 被保険者 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	①.健保	⑥ 基礎年金 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	円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	標準報酬月額	円	千円	⑩ 備 考	該当する項目にレ点を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 <input type="checkbox"/> 転籍・継続再雇用 (-)
	⑩ 住 所	〒 -							

被保険者4	① 被保険者 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	①.健保	⑥ 基礎年金 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	円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	標準報酬月額	円	千円	⑩ 備 考	該当する項目にレ点を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 <input type="checkbox"/> 転籍・継続再雇用 (-)
	⑩ 住 所	〒 -							

※報道健保への届出については個人番号は記入しないでください。

記入例 | 資格取得届

令和 元 年 6 月 1 日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号	1 6 2
	厚生年金保険 事業所整理記号	事業所 番
	〒 104 - 8432 事業所所在地 東京都中央区築地七丁目6番1号 事業所名称 報道健保 株式会社 事業主氏名 代表取締役社長 報道 太郎 電話番号 03 (6264) 0131	
	社会保険労務士記載欄 氏名等	

被保険者1	① 被保険者番号	96	② 氏名	フリガナ ケンポ ジロウ 氏名 健保 次郎	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 0 1 0 3 0 4	④ 種別	1.男 2.女
	⑤ 取得区分	①.健保	⑥ 基礎年金番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	⑦ 取得年月日	9.令和 0 1 0 6 0 1	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬月額	⑦.通貨 295,000 円 ⑧.現物 6,500 円	⑨.合計 (⑦+⑧) 301,500 円	標準報酬月額 300 千円	⑩ 備考	該当する項目にレ点を入れてください <input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 <input type="checkbox"/> 転籍・継続再雇用 (-)		
	⑩ 住所	〒 102-0075 東京都千代田区三番町30-4						

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 基礎年金番号 | 基礎年金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。
「標準報酬月額」は「⑨.合計」に該当する月額をご記入ください。 |
| ⑩ 備考 | |