

様式コード			
2	2	0	0

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	厚生年金保険 事業所整理記号	事業所 記号
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 _____	
	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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	①.健保	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 _____ 円 ⑧ 現物 _____ 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) _____ 円	標準報酬月額 _____ 円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用の取得 2. 短時間労働者の取得 4. その他 (_____)		
	⑪ 住所	住民票住所 〒 _____	居所住所 〒 _____	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 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 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	①.健保	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 _____ 円 ⑧ 現物 _____ 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) _____ 円	標準報酬月額 _____ 円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用の取得 2. 短時間労働者の取得 4. その他 (_____)		
	⑪ 住所	住民票住所 〒 _____	居所住所 〒 _____	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 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 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	①.健保	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 _____ 円 ⑧ 現物 _____ 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) _____ 円	標準報酬月額 _____ 円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用の取得 2. 短時間労働者の取得 4. その他 (_____)		
	⑪ 住所	住民票住所 〒 _____	居所住所 〒 _____	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 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 _____	③ 生年月日	5.昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 7.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 9.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	①.健保	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 _____ 円 ⑧ 現物 _____ 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) _____ 円	標準報酬月額 _____ 円	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用の取得 2. 短時間労働者の取得 4. その他 (_____)		
	⑪ 住所	住民票住所 〒 _____	居所住所 〒 _____	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由: 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 (_____)				

記入例 | 資格取得届

令和 5 年 12 月 8 日提出

提出者記入欄	厚生年金保険 事業所整理記号		事業所 記号	1	6	2
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 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 氏名	ホウドウ 報道	ジロウ 次郎	③ 生 年月日	5.昭和 9.令和	年	01	月	03	日	④ 種 別	1.男 2.女							
	⑤ 取 得 区 分	①.健保	⑥ 個 人 番 号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	⑦ 取 得 年 月 日	9.令和	年	05	月	12	日	⑧ 被 扶 養 者	0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	⑦ 通貨	300,000 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	300,000 円			標準報酬月額	300 千円			⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用の取得 2. 短時間労働者の取得 4. その他 ()									
	⑩ 住 所	住民票住所	〒 104-8432 東京都中央区築地七丁目6番1号										住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由: 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()									
	居所住所	〒 - 同上																				

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正確にご記入ください。) |
| 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、個人番号を記入してください。 |
| 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。
「標準報酬月額」は「⑧合計」に該当する月額をご記入ください。 |
| ⑩ 備考 | 必要に応じて記入してください。 |
| ⑪ 住所 | 住民票住所を正確にご記入ください。(「○丁目○番地」や「字・大字」の簡略・省略はしないでください。)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、居所住所を記入の上、「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。 |