

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

受付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

事業所情報	被保険者等記号	
	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。
	名称	〒 -
	事業主名	
	電話番号	-

被保険者1	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 年 月 日 7 平成 9 令和	④ 性別	1 男 2 女	
	⑤ 個人番号	個人番号は必ずご記入ください。			⑥ 取得年月日	9 令和 年 月 日	⑦ 被扶養者	0 無 1 有
	⑧ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	⑨ 標準報酬月額 円	⑩ 備考	1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()		
	⑪ 住民票住所	住民票住所をご記入ください。住民票上に記載がある場合は、建物名は下段にご記入ください。				⑫ 日本国内に住民票を有しない場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外居住 2. 短期在留 3. その他 ()		
⑬ 資格確認書発行要否				<input type="checkbox"/> 発行必要 ※				

被保険者2	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 年 月 日 7 平成 9 令和	④ 性別	1 男 2 女	
	⑤ 個人番号	個人番号は必ずご記入ください。			⑥ 取得年月日	9 令和 年 月 日	⑦ 被扶養者	0 無 1 有
	⑧ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	⑨ 標準報酬月額 円	⑩ 備考	1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()		
	⑪ 住民票住所	住民票住所をご記入ください。住民票上に記載がある場合は、建物名は下段にご記入ください。				⑫ 日本国内に住民票を有しない場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外居住 2. 短期在留 3. その他 ()		
⑬ 資格確認書発行要否				<input type="checkbox"/> 発行必要 ※				

被保険者3	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 年 月 日 7 平成 9 令和	④ 性別	1 男 2 女	
	⑤ 個人番号	個人番号は必ずご記入ください。			⑥ 取得年月日	9 令和 年 月 日	⑦ 被扶養者	0 無 1 有
	⑧ 報酬月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	⑨ 標準報酬月額 円	⑩ 備考	1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()		
	⑪ 住民票住所	住民票住所をご記入ください。住民票上に記載がある場合は、建物名は下段にご記入ください。				⑫ 日本国内に住民票を有しない場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外居住 2. 短期在留 3. その他 ()		
⑬ 資格確認書発行要否				<input type="checkbox"/> 発行必要 ※				

※資格確認書発行要否…資格確認書の発行が必要な場合は□にチェックを記入してください。

資格確認書の発行は以下の理由に該当する場合に限りです。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

記入例 被保険者資格取得届

被保険者1	① 被保険者等番号	54321	② 氏名	フリガナ ケンボ 健保	名 タロウ 太郎	③ 生年月日	5 昭和 年 月 日	7 平成 2 12 1	④ 性別	1 男	
	⑤ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑥ 取得年月日	9 令和 〇 12 2	⑦ 被扶養者	0 無	1 有				
	⑧ 報酬月額	⑦ 通貨 295,000 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) ⑨ 標準報酬月額	301,500 円	300 千円	⑩ 備考	1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()				
	④ 現物	6,500 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	301,500 円	⑪ 住所		⑫ 日本国内に住民票を有しない場合は該当する項目を○で囲んでください。				
住民票住所をご記入ください。 〒 100 - 0000 電話番号 090 - × × × × - × × × ×						東京 都・道 府・県		新宿区 ○ ○ × - ×		△△マンション × × × 号	
⑬ 資格確認書発行要否						<input type="checkbox"/> 発行必要 ※					

記入方法 記入例を参考に次の事項を注意のうえご記入ください

- ① 被保険者等番号 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ものと同じ表記で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。)
- ⑤ 個人番号 本人確認を行ったうえで、必ず個人番号をご記入ください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
「④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。
- ⑨ 標準報酬月額 ⑦欄の額を健康保険法第40条に掲げられている「標準報酬区分表」にあてはめて得られた標準報酬月額を記入してください。
- ⑩ 備考 該当する番号を○で囲んでください。
- ⑪ 住所 住民票住所を正確にご記入ください。
- ⑫ 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、居所等の住所を記入の上、「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」の場合は、その理由をご記入ください。

⑬ 資格確認書発行要否 資格確認書の発行が必要な場合は□にチェックを入れてください。
資格確認書の発行は以下の理由に該当する場合に限りです。
・ マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

添付書類について

- ・ 短時間労働者 雇用契約書の写し
 - ・ 退職後の継続再雇用者 ①就業規則、退職辞令の写し(退職日が確認できるものに限る)
②雇用契約書の写し(継続して再雇用されたことが確認できるものに限る)
- ☆同時に提出していただく書類
・ 被保険者資格喪失届
・ 被扶養者(異動)届——扶養する家族がいる場合のみ