

取得

健康保険 被保険者資格取得届

Table with 4 columns: 常務理事, 事務長, 担当者, and an empty column.

令和 年 月 日提出

提出者記入欄: 健康保険被保険者証記号, 厚生年金保険事業所整理記号, 事業所番号, 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健康保険被保険者証番号, ②氏名, ③生年月日, ④種別, ⑤取得区分, ⑥個人番号, ⑦取年月日, ⑧被扶養者, ⑨報酬月額, ⑩標準報酬月額, ⑪備考, ⑫住所.

被保険者 2: ①健康保険被保険者証番号, ②氏名, ③生年月日, ④種別, ⑤取得区分, ⑥個人番号, ⑦取年月日, ⑧被扶養者, ⑨報酬月額, ⑩標準報酬月額, ⑪備考, ⑫住所.

被保険者 3: ①健康保険被保険者証番号, ②氏名, ③生年月日, ④種別, ⑤取得区分, ⑥個人番号, ⑦取年月日, ⑧被扶養者, ⑨報酬月額, ⑩標準報酬月額, ⑪備考, ⑫住所.

被保険者 4: ①健康保険被保険者証番号, ②氏名, ③生年月日, ④種別, ⑤取得区分, ⑥個人番号, ⑦取年月日, ⑧被扶養者, ⑨報酬月額, ⑩標準報酬月額, ⑪備考, ⑫住所.

この届書は ①従業員を採用した場合 ②60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合 に提出して下さい。

記入例 | 資格取得届

令和 3 年 4 月 3 日提出

提出者記入欄	健康保険被保険者証記号	1 2 3 4 5			
	厚生年金保険事業所整理記号	0 1 - A B C	事業所番号	0 1 2 3 4	
	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。 〒 1 2 3 - 4 5 6 7 静岡県〇〇市〇〇区〇〇町 1 - 2 - 3			
	事業所名称	〇〇〇〇 株式会社			
事業主氏名	代表取締役 〇〇〇 〇〇〇				
電話番号	1 2 3 (4 5 6) 7 8 9 0				
社会保険労務士記載欄 氏名等					

被保険者 1	① 健康保険被保険者証番号	フリガナ	マルマル	マルマル	③ 生 年 月 日	5.昭和	年	月	日	④ 種 別	1.男
	⑤ 取 得 分	1.健保・厚年	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑦ 取 得 年 月 日	7.平成	1 0	1 2	0 1	⑧ 被 扶 養 者	2.女 5.男 基金 6.女 基金
	⑨ 報 酬 月 額	⑦通貨	295,000 円		⑦合計 (⑦+⑧)	9.令和	0 3	0 4	0 1	⑩ 標 準 報 酬 月 額	0.無 1.有
	⑩ 現物	6,500 円		301,500 円		⑪ 備 考					
⑫ 住 所	〒 1 1 1 - 2 2 2 2 静岡県〇〇市〇〇区〇〇町 3 - 4 - 5										

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入下さい。

- | | |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 提出者記入欄 | 健康保険被保険者証の記号を記入して下さい。 |
| ① 健康保険被保険者証番号 | 提出順に健康保険被保険者証の番号を払出しますので、記入しないで下さい。 |
| ② 氏 名 | 住民票に登録されている氏名を記入して下さい。フリガナはカタカナで記入して下さい。 |
| ④ 種 別 | 該当する番号を○で囲んで下さい。厚生年金基金加入員の場合は5若しくは6を○で囲んで下さい。 |
| ⑥ 個人番号 | 本人確認を行った上で個人番号を記入して下さい。 |
| 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）を記入して下さい。 |
| ⑧ 被扶養者 | 健康保険の被扶養者がいない場合は「0.無」を○で囲んで下さい。
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」を提出して下さい。 |
| ⑨ 報酬月額 | 「⑦通貨」は、報酬のうち、臨時に受けたもの及び年3回以下で支払われる以外のもので、金銭（通貨）で支払われた賃金、給与、俸給、手当、賞与、その他名称を問わず労働の対償として支払われるすべての合計金額を記入して下さい。 <ul style="list-style-type: none">・ 残業手当や税法上は非課税扱いの宿日直手当や通勤手当も含めることに注意すること。・ 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記入して下さい。 「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記入して下さい。 <ul style="list-style-type: none">・ 現物によるものの額は、健康保険法第46条又は厚生年金保険法第25条の規定により厚生労働大臣又は健康保険組合が定めた価格によって算定した額を記入して下さい。 |