正

# 健康保険 被保険者資格取得届

| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | C／P |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

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 | 届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。<br>〒　　― |
| 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 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | (フリガナ)<br>(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・厚年 | 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 | ㋐(通貨)　円<br>㋑(現物)　円<br>㋒(合計㋐+㋑)　円<br>標準報酬月額 健　千円 厚　千円 |
| ⑩ 備考 | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1.二以上事業所勤務者の取得<br>2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)<br>3.退職後の継続再雇用者の取得<br>4.その他(　　) | ⑪ 住所 | 住民票 〒　― 住所<br>居所 〒　― | | 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。<br>1.海外在住　2.短期在留<br>3.その他(　　) |
| ⑫ 資格確認書発行要否 | □ 発行が必要 | | | | |

## 被保険者2

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | (フリガナ)<br>(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・厚年 | 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 | ㋐(通貨)　円<br>㋑(現物)　円<br>㋒(合計㋐+㋑)　円<br>標準報酬月額 健　千円 厚　千円 |
| ⑩ 備考 | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1.二以上事業所勤務者の取得<br>2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)<br>3.退職後の継続再雇用者の取得<br>4.その他(　　) | ⑪ 住所 | 住民票 〒　― 住所<br>居所 〒　― | | 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。<br>1.海外在住　2.短期在留<br>3.その他(　　) |
| ⑫ 資格確認書発行要否 | □ 発行が必要 | | | | |

## 被保険者3

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | (フリガナ)<br>(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・厚年 | 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 | ㋐(通貨)　円<br>㋑(現物)　円<br>㋒(合計㋐+㋑)　円<br>標準報酬月額 健　千円 厚　千円 |
| ⑩ 備考 | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1.二以上事業所勤務者の取得<br>2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)<br>3.退職後の継続再雇用者の取得<br>4.その他(　　) | ⑪ 住所 | 住民票 〒　― 住所<br>居所 〒　― | | 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。<br>1.海外在住　2.短期在留<br>3.その他(　　) |
| ⑫ 資格確認書発行要否 | □ 発行が必要 | | | | |

## 被保険者4

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | | ② 氏名 | (フリガナ)<br>(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・厚年 | 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 | ㋐(通貨)　円<br>㋑(現物)　円<br>㋒(合計㋐+㋑)　円<br>標準報酬月額 健　千円 厚　千円 |
| ⑩ 備考 | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1.二以上事業所勤務者の取得<br>2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)<br>3.退職後の継続再雇用者の取得<br>4.その他(　　) | ⑪ 住所 | 住民票 〒　― 住所<br>居所 〒　― | | 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。<br>1.海外在住　2.短期在留<br>3.その他(　　) |
| ⑫ 資格確認書発行要否 | □ 発行が必要 | | | | |

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

◎ 健康保険分の資格取得届を提出する際には、「支払報酬内訳書」の添付をお願いいたします。なお、「支払報酬内訳書」は当組合ホームページ(https://www.insatukenpo.or.jp/)からダウンロードが可能です。

全国印刷工業健康保険組合

## 記入方法

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・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号をご記入ください。

令和　6　年　12　月　2　日提出

| 提出者記入欄 | | |
|---|---|---|
| 健康保険事業所記号 | 1 2 3 4 | |
| 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。<br>〒 111 － 1111<br>東京都○○区○○町１－２－３ | |
| 事業所名称 | ○○○○印刷株式会社 | |
| 事業主氏名 | 代表取締役社長　○○　○○○○○ | |
| 電話番号 | 03　（　1234　）　5678 | |

| 社会保険労務士記載欄 |
|---|
| 氏　名　等 |

| 被保険者1 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者整理番号 | 12 | ② 氏名 | (フリガナ) ○○○ | ○○ | ③ 生年月日 | (5.昭和) 7.平成 9.令和 | 6 年 3 月 0 5 日 | ④ 種別 (1.男) 2.女 |
| | | | (氏) ○○○ | (名) ○○ | | | | |
| ⑤ 取得区分 | 1. 健保・厚年 | ⑥ 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | ⑦ 取得年月日 | (9.令和) | 0 6 年 1 2 月 0 2 日 | ⑧ 被扶養者 0.無 (1.有) |
| ⑨ 報酬月額 | ㋐(通貨) 295,000 円<br>㋑(現物) 6,500 円 | ㋒(合計㋐+㋑) 301,500 円 | 標準報酬月額 健 300 千円 厚 300 千円 | | ⑩ 備考 | 該当する項目を○で囲んでください。<br>1.二以上事業所勤務者の取得<br>2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)<br>3.退職後の継続再雇用者の取得<br>4.その他(　　) | | |
| ⑪ 住所 | 住民票 〒 111 － 1111<br>住　所　東京都○○市○○○　2－3－4<br>居　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。<br>1.海外在住　2.短期在留<br>3.その他（　　） | | ⑫ 資格確認書発行要否 | ☑ 発行が必要 |

① 被保険者整理番号　：被保険者別に追番号をご記入ください。

② 氏　名　：氏名は住民票に登録されているものと同じ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)、その使用される事業所が適用事業所となった日等をご記入ください。

⑧ 被扶養者　：健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。
「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨ 報酬月額　：「㋐(通貨)」は給料・手当等、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金額をご記入ください。
※1　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。
※2　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。
※3　実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1ヵ月間に、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。
「㋑(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額、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。

⑩ 備　考　：該当する場合に番号を○で囲んでください。
「1. 二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
「2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等)」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。
「3. 退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。
被保険者が共済組合制度短期給付の適用を受ける二以上事業所勤務者であり、健康保険の徴収給付を行わない場合は、「4. その他」を○で囲み、(　)内に「他事業所で共済加入」とご記入ください。

⑪ 住　所　：住所は上段に住民票上の住所を記入してください。居所と住民票上の住所が異なる場合は下段に居所を正確にご記入ください。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、居所等を記入の上、「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。

⑫資格確認書発行要否　：資格確認書の発行が必要な場合(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・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

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
　ア. 就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
　イ. 上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等