

取得

健康保険 被保険者資格取得届

課長	係長	係員

令和 元 年 5 月 7 日提出

「健康保険事業所記号」
(被保険者証の記号)を記入

健康保険被保険者証記号 2 2 7

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。
〒 171 - 0022

事業所所在地 東京都豊島区南池袋◇一◇一◇

事業所名称 (株)タケイディスプレイ

事業主氏名 代表取締役 竹井 世津子

電話番号 03 (3984) XXXX

受付印

事業主印〔代表印又は会社印(角印)と個人印の組み合わせ〕を押印してください。



本人確認を行ったうえで、個人番号を記入

被保険者 1

① 保険証の番号 350

② 氏名 フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 4 8 0 4 0 5

④ 種別 1.男 2.女

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 X X

⑦ 取得年月日 7.平成 9.令和 0 1 0 5 0 1

⑧ 被扶養者 0.無 1.有

⑨ 報酬月額 ⑦通貨 408,000 円 ⑧合計(⑦+⑧) 408,000 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者の取得
2.短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4.その他〔 〕

⑪ 住所 〒 332 - 035 サイタマケン カワグチシ ニシアオキ ○-○-○ ガーデンアオキ302
埼玉県川口市西青木 ○-○-○ ガーデン青木302

該当する項目があれば○で囲む
(3の場合は、喪失届と添付書類を提出)

被保険者 2

① 保険証の番号 351

② 氏名 フリガナ オクガイ ハナコ 氏名 屋外 花子

③ 生年月日 5.昭和 7.平成 5 0 0 9 0 7

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 7.平成 9.令和 0 1 0 5 0 1

⑧ 被扶養者 0.無 1.有

⑨ 報酬月額 ⑦通貨 円 ⑧合計(⑦+⑧) 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者の取得
2.短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4.その他〔 〕

⑪ 住所 〒 -

被保険者別に被保険者番号を追番で記入

労働の対償として受けるであろう報酬を算出して記入(基本給、通勤手当、残業手当、その他手当を含む)

通貨(金銭)以外のもの支払われるものを算出して記入

被保険者 3

① 保険証の番号

② 氏名 フリガナ 氏名

③ 生年月日 5.昭和 7.平成

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 7.平成 9.令和

⑧ 被扶養者 0.無 1.有

⑨ 報酬月額 ⑦通貨 円 ⑧合計(⑦+⑧) 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者の取得
2.短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4.その他〔 〕

⑪ 住所 〒 -

被保険者 4

① 保険証の番号

② 氏名 フリガナ 氏名

③ 生年月日 5.昭和 7.平成

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 7.平成 9.令和

⑧ 被扶養者 0.無 1.有

⑨ 報酬月額 ⑦通貨 円 ⑧合計(⑦+⑧) 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者の取得
2.短時間労働者の取得(特定適用事業所) 4.その他〔 〕

⑪ 住所 〒 -

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合