

健康保険

被保険者資格取得届
(兼勤務地届)

専務理事	常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

[記入上の注意]

- ア. 氏名には必ずフリガナをつけてください。
- イ. 事業所の所在地および名称は、もれなく記載してください。
- ウ. 勤務地(店舗名および店舗コード)を記入してください。
- エ. ※印は記入しないでください。
- オ. 個人番号を必ず記入してください。

届書種別	健康保険被保険者証の記号	保険料納入告知書の番号															
200	54	54															
被保険者証の番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日	種別(性別)	勤務地	資格取得の年月日 (入社した日など)	資格確認書発行要否	ア 金銭によるものの額		標準報酬月額	被扶養者届の添付の有・無	備考	イ 現物によるものの額		ウ 合計		
	フリガナ																
	氏名																
第1号	シンキン	タロウ	昭	男	(店舗名) 本部	(店舗コード) 001	令和 04 01	<input checked="" type="checkbox"/>	207,500	200	無	207,500					
個人番号	1234	5678	9101	被保険者住所 〒169-0001 東京都新宿区〇〇〇1-1-1													
第2号					(店舗名)	(店舗コード)		<input type="checkbox"/>									
個人番号				被保険者住所 〒													
第3号					(店舗名)	(店舗コード)		<input type="checkbox"/>									
個人番号				被保険者住所 〒													
第4号					(店舗名)	(店舗コード)		<input type="checkbox"/>									
個人番号				被保険者住所 〒													

令和 年 月 日提出

※ 月分保険料 (月告知書発送) で計算します。

確認日付印

受付日付印

係	処理

事業所 所在地 101 - 0062
東京都千代田区神田駿河台1-1-1
名称 駿河台信用金庫
事業主 氏名 理事長 〇〇 〇〇