

正

健康保険 被保険者資格取得届

決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員
日付印					

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所 記号	.....
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。 〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話番号	()

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) (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	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	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円	標準報酬 月 額 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(特定事業所) 3.退職後の継続再雇用の取得 4.その他 ()		
	⑪ 住 所 (住民票)	〒 -						
⑫ 住 所 (居所)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ							

被保険者 2	① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (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	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	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円	標準報酬 月 額 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(特定事業所) 3.退職後の継続再雇用の取得 4.その他 ()		
	⑪ 住 所 (住民票)	〒 -						
⑫ 住 所 (居所)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ							

被保険者 3	① 被保険者 整理番号	② 氏名 (フリガナ) (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	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	㉗(通貨) 円 ㉘(現物) 円	㉙(合計㉗+㉘) 円	標準報酬 月 額 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(特定事業所) 3.退職後の継続再雇用の取得 4.その他 ()		
	⑪ 住 所 (住民票)	〒 -						
⑫ 住 所 (居所)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ							

この届書は、「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」にご提出いただくものです。

【記入方法】

提出者記入欄 : 事業所記号は、新規適用時または組合編入時に付された記号を記入してください。

事業所 記号				2	0
-----------	--	--	--	---	---

④被保険者整理番号 : 被保険者整理番号を記入してください。
記入がない場合は、届出順に払い出します。

⑤氏名 : 氏名を記入してください。
フリガナはカタカナで正確に記入してください。

⑥生年月日 : 元号の番号に○印を付けて次のとおり記入してください。

5.昭和						
⑦平成	0	2	1	2	0	1
9.令和						

⑦種別 : 「1.男」または「2.女」に○印を付けてください。

⑧取得区分 : 記入不要です。

⑨個人番号 : 本人確認を行ったうえ、正確に記入してください。
※他の方の個人番号を記入しないように注意してください。

⑩取得年月日 (添付書類) : 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)、使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

当組合が届書を受付した日から60日以上遡及する場合は、事実上の使用関係が発生した日が確認できる出勤簿及び賃金台帳の写しを添付してください。

60歳以上の方が定年退職等により退職後1日の間もなく再雇用された場合は、「⑩備考」の「3.退職後の継続再雇用者の取得」に○印を付けて、次の①及び②または③を添付してください。

- ①退職日が確認できる書類(就業規則または退職辞令の写し)
 - ②再雇用された日が確認できる書類(雇用契約書または労働条件通知書の写し)
 - ③「退職日」及び「再雇用された日」に関する事業主の証明書
- ※ 別途、同日付の資格喪失届の届出が必要となります。

⑪被扶養者 : 被扶養者の有無により、「0.無」または「1.有」に○印を付けてください。
※「1.有」の場合は、別途、「被扶養者加入・削除異動届」の届出が必要となります。

⑫報酬月額 : 「⑦(通貨)」は、報酬のうち給料や手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるものの合計額を記入してください。
※ 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報酬には含まれません。
※ 週給の場合は、報酬を7で割って得た額の30倍に相当する額を記入してください。
※ 実績によって報酬が変わる場合等は、資格取得月の前月に同事業所内で同様の業務に携わっている方に支払った報酬の平均額により算出してください。
「④(現物)」は、報酬のうち金銭(通貨)以外で支払われるもの(食事・住宅・被服・定期券等)について記入してください。
※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額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。
※ 通勤手当を金銭で支給している場合は、⑦(通貨)に含めてください。

⑬備考 : 該当するものに○印を付けてください。
[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)]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。

⑭住所(住民票) : 住民票に記載されている住所を記入してください。

⑮住所(居所) : 実際に住んでいる居所住所を記入してください。住民票住所と同じ場合はチェックボックスに☑を入れてください。

【お知らせ】

短時間労働者とは、1週間の所定労働時間または1ヶ月の所定労働日数が正社員の4分の3未満の方のうち、1週間の所定労働時間が20時間以上であることなど、一定の条件を満たしている方をいいます。

令和 年 月 日 提出

事業所 記号	.....
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。 〒 -
事業所 名称	
事業主 氏名	殿
電話番号	()

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

服装健康保険組合 理事長

被保険者 1	① 被保険者 整理番号	② 氏名	(フリガナ) (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	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	㉞(通貨) 円	㉟(合計㉞+㉟) 円	標準報酬 月 額	健 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(特定事業所) 3.退職後の継続再雇用の取得 4.その他()		
	⑪ 住 所 (住民票)	〒 -							
⑫ 住 所 (居所)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ								

被保険者 2	① 被保険者 整理番号	② 氏名	(フリガナ) (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	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	㉞(通貨) 円	㉟(合計㉞+㉟) 円	標準報酬 月 額	健 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(特定事業所) 3.退職後の継続再雇用の取得 4.その他()		
	⑪ 住 所 (住民票)	〒 -							
⑫ 住 所 (居所)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ								

被保険者 3	① 被保険者 整理番号	② 氏名	(フリガナ) (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	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	㉞(通貨) 円	㉟(合計㉞+㉟) 円	標準報酬 月 額	健 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(特定事業所) 3.退職後の継続再雇用の取得 4.その他()		
	⑪ 住 所 (住民票)	〒 -							
⑫ 住 所 (居所)	〒 - <input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ								

服装健康保険組合