

部 長	課 長	係		
電算入力日	令和	年	月	日
入力者				

(様式 1)

令和 年 月 日提出

健康保険 被保険者資格取得届

受付年月日

提出者記入欄	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。 〒															
被保険者 1	事業所 名 称																
	事業主 氏 名																
	電話番号	()															
	① 被保険者 番 号	② 氏 名	(フリガナ)				③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	④ 性別	1. 男 2. 女				
	⑤ 取得理由	1. 新規採用 2. 転入 (記号番号) [-]	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	㊦(通貨) 円				㊧(合計㊦+㊩) 円				⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 () 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等)							
⑪ 住民票 住 所	〒										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 番 号	② 氏 名	(フリガナ)				③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	④ 性別	1. 男 2. 女				
	⑤ 取得理由	1. 新規採用 2. 転入 (記号番号) [-]	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	㊦(通貨) 円				㊧(合計㊦+㊩) 円				⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 () 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等)						
	⑪ 住民票 住 所	〒										⑫ 資格確認書 発 行 要 否		☐ 発行が必要			
	① 被保険者 番 号	② 氏 名	(フリガナ)				③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	④ 性別	1. 男 2. 女				
被保険者 3	⑤ 取得理由	1. 新規採用 2. 転入 (記号番号) [-]	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	㊦(通貨) 円				㊧(合計㊦+㊩) 円				⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 () 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等)						
	⑪ 住民票 住 所	〒										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 番 号	② 氏 名	(フリガナ)				③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	④ 性別	1. 男 2. 女			
		⑤ 取得理由	1. 新規採用 2. 転入 (記号番号) [-]	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		㊦(通貨) 円				㊧(合計㊦+㊩) 円				⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 退職後の継続再雇用者の取得 3. その他 () 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等)						
⑪ 住民票 住 所		〒										⑫ 資格確認書 発 行 要 否		☐ 発行が必要			

記入方法

- ①被保険者番号：被保険者番号は事業所で管理のうえ記入してください。
- 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。
- ③生 年 月 日：年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和		年		月		日
7.平成	6	3	0	5	0	3
9.令和						

- ⑥個 人 番 号：本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。
- 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記入してください。
- 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：「㊦（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記入してください。
※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 過給の場合は、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を記入してください。
「㊧（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格、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。
- ⑩備 考：該当する場合に番号を○で囲んでください。
「1. 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。
「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。
- ⑪住 所：住所は住民票住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、居所等を記入してください。
- 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 case 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

お知らせ

- この『被保険者資格取得届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『健康保険資格証明書』が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。