

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険被保険者資格取得届

(保険に入るとき)

① 健康保険被保険者証の記号

--	--	--	--

② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の氏名	④ 生年月日	⑤ 種別 (性別)	⑥ 取得区分	⑦ 個人番号 個人番号を有していない理由	⑧ 資格取得年月日	⑨ 報酬月額	⑩ 通貨によるものの額	⑪ 現物によるものの額	⑫ 合計	⑬ 標準報酬月額	⑭ 被扶養者の有無	⑮ 備考 (※該当する場合は、✓を入れてください。)
-------------------	--------------	-----------	-----------------	-----------	--------------------------------	--------------	-----------	----------------	----------------	---------	-------------	--------------	--------------------------------------

(フリガナ) 氏名	(名)	昭5 平7	年 月 日	1 2 3	5 6 7	新1 再2	年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	年 千円	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転入
⑩郵便番号		⑪被保険者住所		(フリガナ) 都道府県										
※住所コード														

(フリガナ) 氏名	(名)	昭5 平7	年 月 日	1 2 3	5 6 7	新1 再2	年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	年 千円	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転入
⑩郵便番号		⑪被保険者住所		(フリガナ) 都道府県										
※住所コード														

(フリガナ) 氏名	(名)	昭5 平7	年 月 日	1 2 3	5 6 7	新1 再2	年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	年 千円	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転入
⑩郵便番号		⑪被保険者住所		(フリガナ) 都道府県										
※住所コード														

(フリガナ) 氏名	(名)	昭5 平7	年 月 日	1 2 3	5 6 7	新1 再2	年 月 日	① 円	② 円	③ 円	健 千円	年 千円	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <input type="checkbox"/> 同日再雇用 <input type="checkbox"/> 転入
⑩郵便番号		⑪被保険者住所		(フリガナ) 都道府県										
※住所コード														

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄

★健康保険組合への届出については個人番号を必ず記入してください。

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。

◎印欄は記入しないでください。

東京都電気工事健康保険組合

【記入の方法】

- ③の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。
- ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。
- ⑤は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○印で囲んでください。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲んでください。
- ⑥は、初めて厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「新1」を、厚生年金保険の船員以外の被保険者であったことがある方が再び厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「再2」を○印で囲んでください。
- ⑦は、個人番号（個人番号を有する者に限る。）を必ず記入してください。
※個人番号を有していない者については、個人番号の記入は不要です。
ただし、その理由を「海外在住」、「短期在留」、「その他」のように記入してください。
- ⑧は、下記により記入してください。
⑧は、報酬のうち、臨時に受けるもの及び3月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、金銭（通貨）で支払われる賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、健康保険法第42条第1項各号又は厚生年金保険法第22条第1項各号の規定によって算定した額を記入してください。
⑨は、報酬のうち、食事、住宅、被服など金銭（通貨）以外のもので支払われるものについて、健康保険法第46条又は厚生年金保険法第25条の規定によって厚生労働大臣又は健康保険組合が定めた価額によって算定した額を記入してください。
- ⑩は、被扶養者のある被保険者で被扶養者届を提出している方については「有」を、その他の方については「無」を○印で囲んでください。
- ⑪は、(1)前に健康保険の被保険者であった方については、その資格取得年月日並びに最後の事業所の名称及び所在地を記入してください。
(2)健康保険法第118条第1項各号のいずれかに該当する方については、その旨を記入してください。
(3)健康保険の資格喪失後の継続保険給付を受けている方については、その旨及び給付の種類並びにその給付が療養の給付又は傷病手当金であるときは、その傷病名を記入してください。
(4)年金手帳を所持し、かつ、当該年金手帳に記載されている氏名に変更がある方については、変更前の氏名を記入してください。
(5)資格取得時まで引き続いて厚生年金保険の第四種被保険者であった方については、その旨を記入してください。
- ⑫は、郵便番号を必ず記入してください。⑬の被保険者住所は、都道府県名から漢字で正確に記入してください。「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。