健康保険被保険者資格取得届

月分保険料調定済

事業所の記号	令和　　年　　月　　日提出	常務理事	事務長	課長	主任	係員

被保険者の番号	被保険者の氏名		性別	生年月日		資格取得年月日		報酬月額 ①金銭によるものの額 ②現物によるものの額 ③合計		標準報酬月額
	フリガナ		1・2	昭5 平7	年	令和	年	①	円	千円
	氏	名			月		月	②	円	
					日		日	③	円	

被扶養者の有無													
有・無	適用	住民票の住所	〒　－										
	新規	※1 居所住所	〒　－										
	再雇用	電話番号	－　－					携帯電話番号	－	－			
	短時間	※2 個人番号											

被保険者に確認		
	①マイナンバーカード（マイナ保険証）を持っていない ②マイナンバーカード（マイナ保険証）持っているが使用するのが困難（高齢者、障害者等） 上記どちらかにあたる場合のみ右欄に☑を入れる	□ 資格確認書の発行が必要

被保険者の番号	被保険者の氏名		性別	生年月日		資格取得年月日		報酬月額 ①金銭によるものの額 ②現物によるものの額 ③合計		標準報酬月額
	フリガナ		1・2	昭5 平7	年	令和	年	①	円	千円
	氏	名			月		月	②	円	
					日		日	③	円	

被扶養者の有無													
有・無	適用	住民票の住所	〒　－										
	新規	※1 居所住所	〒　－										
	再雇用	電話番号	－　－					携帯電話番号	－	－			
	短時間	※2 個人番号											

被保険者に確認		
	①マイナンバーカード（マイナ保険証）を持っていない ②マイナンバーカード（マイナ保険証）持っているが使用するのが困難（高齢者、障害者等） 上記どちらかにあたる場合のみ右欄に☑を入れる	□ 資格確認書の発行が必要

※1　居所住所欄は、住民票の住所と居所が違う場合に記入してください。
※2　個人番号（マイナンバー）は必ず記入してください。（健康保険法施行規則第24条による。）

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
電話番号	

社会保険労務士の提出代行者	

ダイハツ系連合健康保険組合理事長

2025.2改定