

健康保険 被保険者資格取得届 (ほけんに入るとき)

処理年月日

社保委員等の検印	届書コード	200	健康保険被保険者証の記号	4291	受事業所番号		常務理事	事務局長	事務局長次	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係	処理	
	処理区分	届書															票・未 処理
健康保険被保険者証の番号 <small>(年金整理番号)</small>	被保険者の氏名	フリガナ		被保険者の生年月日	種別(性別)	取得区分	個人番号	基礎年金番号	作成原因	資格取得の年月日 (入社した日など)	通貨によるもの額 現物によるもの額 割合	月標準報酬額	老齢の給付 障害の給付 遺族の給付	健康保険料の徴収 健康保険料の賦課	健康保険料の賦課	健康保険料の賦課	備考

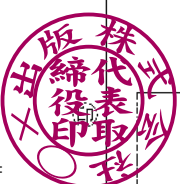
正

第1号	健保太郎 ケンポ タロウ	昭和 平成	年 月 日 63/003	1 2	農 新 再 共 船 70歳以上	12345678XXXX	送信	平成 年 月 日 29 04 01	円 191,600	円 0	円 191,600	円 190	有 有	無 有	無 有	※要 0・不要 1	※要 0・不要 1
15	郵便番号 129008	16	被保険者住所 東京都練馬区北町X-X-X	送 備 考													
<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(該当する場合は、✓を入れてください)</small>																	
第2号		昭和 平成	年 月 日	1 2	農 新 再 共 船 70歳以上		送信	平成 年 月 日	円	円	円	円	有 有	無 有	無 有	※要 0・不要 1	※要 0・不要 1
<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(該当する場合は、✓を入れてください)</small>																	
第3号		昭和 平成	年 月 日	1 2	農 新 再 共 船 70歳以上		送信	平成 年 月 日	円	円	円	円	有 有	無 有	無 有	※要 0・不要 1	※要 0・不要 1
<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(該当する場合は、✓を入れてください)</small>																	
第4号		昭和 平成	年 月 日	1 2	農 新 再 共 船 70歳以上		送信	平成 年 月 日	円	円	円	円	有 有	無 有	無 有	※要 0・不要 1	※要 0・不要 1
<input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) <small>(該当する場合は、✓を入れてください)</small>																	

交通費を含んだ金額を記入してください。

★事業主の押印については、署名(自筆)の場合には不要です。
◎住所欄は必ず記入してください。
◎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、
日本年金機構への届出については基礎年金番号を必ず記入してください。

事業所所在地	〒0X4 XXXX
事業所名称	千代田区岩本町 X-X-X
事業主氏名	株式会社 OX 出版
電 話	代表取締役 千代田太郎
	03 3292XXXX 番



平成 29 年 4 月 4 日 提出

月分保険料 (月告知書発送) で計算します。

社会保険労務士の提出代行者印

印

受付日付印