

★正・副二通を提出して下さい。一通は確認の上返します。

健康保険
被保険者資格取得届
(保険に入るとき)

常務理事	事務長	係長	係員

正

① 被保険者 証の記号			④ 性別	⑤ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	⑥ 個 人 番 号 (マイナンバー)	⑦ 資 格 取 得 年 月 日	⑧ 報 酬 月 額	① 通貨によるものの額 ② 現物によるものの額 ③ 合 計	⑨ ※標準 報酬 月額	⑩ 取 得 理 由	⑪ 被 扶 養 者 の 有 無	⑫ 備 考
-------------------	--	--	---------	---------------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------	--------------------------	----------

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年 月 日		令和 年 月 日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は☑
	(氏)	(名)	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)				①	円		転 入		
				〒				①	円		()		

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年 月 日		令和 年 月 日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は☑
	(氏)	(名)	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)				①	円		転 入		
				〒				①	円		()		

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年 月 日		令和 年 月 日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は☑
	(氏)	(名)	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)				①	円		転 入		
				〒				①	円		()		

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年 月 日		令和 年 月 日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は☑
	(氏)	(名)	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)				①	円		転 入		
				〒				①	円		()		

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年 月 日		令和 年 月 日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は☑
	(氏)	(名)	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)				①	円		転 入		
				〒				①	円		()		

令和 年 月 日 提出 ※印の欄には記入しないで下さい。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業所主名	
電 話	

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

受付日付印

健康保険
被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書
(保険に入るとき)

副

① 被保険者 証の記号			④ 性 別	⑤ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	⑥ 個 人 番 号 (マイナンバー)	⑦ 資 格 取 得 年 月 日	⑧ 報 酬 月 額	① 通貨によるものの額 ② 現物によるものの額 ③ 合 計	⑨ ※標準 報酬 月額	⑩ 取 得 理 由	⑪ 被 扶 養 者 の 有 無	⑫ 備 考
-------------------	--	--	-------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------------------	----------------------	-----------------	--------------------------	----------

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年	月	日	令和	年	月	日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は○
	(氏)	(名)			②	円											
	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)		〒	③	円											

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年	月	日	令和	年	月	日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は○
	(氏)	(名)			②	円											
	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)		〒	③	円											

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年	月	日	令和	年	月	日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は○
	(氏)	(名)			②	円											
	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)		〒	③	円											

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年	月	日	令和	年	月	日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は○
	(氏)	(名)			②	円											
	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)		〒	③	円											

	(フリガナ)		男・女	昭・平	年	月	日	令和	年	月	日	①	円	千円	新規採用	有・無	□短時間労働者 該当者は○
	(氏)	(名)			②	円											
	⑬ 被保険者 住 所	(フリガナ)		〒	③	円											

※印の欄には記入しないで下さい。

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業所主名	殿	
電 話		

令和 年 月 日 提出された健康保険被保険者資格取得届にもとづき、
うえのとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知いたします。

令和 年 月 日

京都府農協健康保険組合理事長