

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	担当者

令和 年 月 日 提出

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。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者 1	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 性別 1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号	⑥ 標準報酬月額 千円	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 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()	
	⑪ 住所 住民票 住所 〒 - 居所 住所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他()		

被保険者 2	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 性別 1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号	⑥ 標準報酬月額 千円	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 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()	
	⑪ 住所 住民票 住所 〒 - 居所 住所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他()		

被保険者 3	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 性別 1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号	⑥ 標準報酬月額 千円	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 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()	
	⑪ 住所 住民票 住所 〒 - 居所 住所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他()		

被保険者 4	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ) (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 性別 1. 男 2. 女
	⑤ 個人番号	⑥ 標準報酬月額 千円	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 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ (合計⑦+⑧) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他()	
	⑪ 住所 住民票 住所 〒 - 居所 住所 〒 -	住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 理由: 2. 短期在留 3. その他()		

記入方法

提出者記入欄 : 事業所記号を記入してください。

事業所 記号	8	0	0	0
-----------	---	---	---	---

- ①被保険者番号 : 提出順に被保険者番号を払い出します。記入する必要はありません。
- 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
9.令和	5	0	3

- ④性別 : 該当する番号を○で囲んでください。
- ⑤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。
- ⑥標準報酬月額 : 健保組合において、⑨⑩欄の額を健康保険法第40条に掲げられている「標準報酬区分表」にあてはめて得られた標準報酬月額を記入します。
- 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。
□.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 : 「⑦(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 週給の場合は、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か月間に、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記入してください。
「④(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。
「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
「3.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。
「4.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。
被保険者が共済組合制度の適用を受ける二以上事業所勤務者であり、健康保険の徴収給付を行わない場合は、「5.その他」を○で囲み、()内に「他事業所で共済加入」とご記入ください。
- ⑪住所 : 住所は上段に住民票住所を、下段に居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居所等を記入の上、「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。

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
イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書(退職日、再雇用日が記載されているもの)等

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、『資格取得確認および標準報酬月額決定通知書』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。

健康保険 被扶養者（異動）届

令和 年 月 日 提出

常務理事	事務長	課長		担当者

受付年月日

事業主記入欄	事業所名称	事業主氏名
	事業所所在地	
	電話番号	
	<input type="checkbox"/> 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。	
事業主が確認した場合に○で囲んでください。	<input type="checkbox"/> 確認 収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 確認 被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。	

社会保険労務士記入欄
氏名等

被保険者欄	被保険者記号・番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	年収	円	個人番号	
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)					取得年月日	昭・平・令	年	月	日	住所

被扶養者になった場合は「該当」、被扶養者でなくなった場合は「非該当」を○で囲んでください。

被扶養者欄 1	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄				
	住所	1.同居 2.別居	〒					海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他 ()			
	該当	被扶養者になった日	令和					職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者	4.小・中学生以下 5.高・大学生 (年生) 6.その他 ()	年収	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.その他 ()
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和					理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.75歳到達 5.障害認定 6.その他 ()	備考			

被扶養者欄 2	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄				
	住所	1.同居 2.別居	〒					海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他 ()			
	該当	被扶養者になった日	令和					職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者	4.小・中学生以下 5.高・大学生 (年生) 6.その他 ()	年収	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.その他 ()
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和					理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.75歳到達 5.障害認定 6.その他 ()	備考			

被扶養者欄 3	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	性別	男・女	続柄				
	住所	1.同居 2.別居	〒					海外居住者又は海外から国内に転入した場合は右欄を記入してください。	海外特例要件	理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他 ()			
	該当	被扶養者になった日	令和					職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者	4.小・中学生以下 5.高・大学生 (年生) 6.その他 ()	年収	円	理由	1.出生 2.退職 3.収入減 4.同居 5.その他 ()
	非該当	被扶養者でなくなった日	令和					理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加	4.75歳到達 5.障害認定 6.その他 ()	備考			

被保険者の配偶者が被扶養者ではないとき(例: 夫婦共働きの場合)は記入してください。	配偶者の年収	円
--------------------------------------------	--------	---

※被扶養者の「該当」と「非該当」は同時に提出できません。「該当」、「非該当」はそれぞれ別の用紙で提出してください。

扶養に関する申立書(添付書類の内容について補足する事項がある場合に記入してください)
申立の事実と相違ありません。 氏名

記入方法

○被保険者欄

- ・被保険者記号・番号 : 資格取得時に払い出された被保険者記号・番号をご記入ください。被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。
- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ・年収 : 被保険者の今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。
- ・住所 : 住民票の住所をご記入ください。
- ・個人番号 : 資格取得時に提出されている場合は記入不要です。

○被扶養者欄

- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・続柄 : 被保険者との続柄を「妻」「長男」「母」などと詳しく記入してください。
- ・個人番号 : 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。
- ・住所 : 被保険者と同居または別居のいずれかを○で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住所欄に住民票の住所を、「備考欄」に居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。なお、海外居住者については、国内における協力者住所(親族、被保険者の勤務先住所等)を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。
- ・被扶養者になった日 : 被保険者の健康保険加入と同時に提出する場合は「取得年月日」と同日、それ以外の場合は出生年月日等の実際に被扶養者になった日をご記入ください。
- ・年収 : 今後1年間の年間収入見込額をご記入ください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含まれます。非課税対象の収入がある場合は、受取金額が確認できる書類のコピーを添付の上、「備考」欄に具体的な内容をご記入ください。
- ・理由 : 被扶養者となった理由を○で囲んでください。ただし、『被保険者資格取得届』と同時に提出する場合は記入不要です。
- ・被扶養者でなくなった日 : 死亡による場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった当日の日付をご記入ください。
- ・海外特例要件 : 海外特例要件該当・非該当のいずれかを○で囲み、理由をご記入ください。
- ・備考
- ・配偶者の年収 : 配偶者以外を被扶養者とする場合で、被保険者の配偶者が被扶養者でないときは配偶者の年間収入をご記入ください。これは、配偶者以外の方について、被保険者と配偶者のどちらの被扶養者に認定するのが適正なのかを確認するためです。

添付書類

◎被扶養者認定に必要な添付書類について(15歳以上の方)

- ◎現在収入のある場合・・・直近3ヶ月分の給与明細書・源泉徴収票・年金振込通知書・直近の確定申告書(写)および収支内訳書(写)など
- ◎現在収入のない方・・・市区町村発行の所得証明書・離職票-1・2(写)・雇用保険受給資格者証(写)・資格喪失証明書・送金証明書(写)など
- ◎学生の方・・・学生証(写)【有効期限が明記されているもの】又は在学証明書など

認定の際に必要な証明書類については、ご家族によって扶養する理由や状況等が異なるため、状況により上記に記載されている以外の書類を追加で提出していただくことがあります。ご不明な点がある場合は、事業所担当者又は健保組合へお問い合わせください。

健康保険 被保険者 住所等変更届

常務理事	事務長	課長		担当者

被 保 険 者		(フリガナ)	
記 号	番 号	氏 名	

住 所 変 更	被 保 険 者	変 更 前	(フリガナ) 〒 -
		変 更 後	(フリガナ) 〒 -
	変 更 年 月 日 及 び 理 由 等		令和 年 月 日 付 変 更 理由:

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

京都府農協健康保険組合

健康保険 被扶養者 住所等変更届

常務理事	事務長	課長		担当者

被 保 険 者 欄	記号		番号		住所	〒 -
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		
	変更前の住所		〒 -		
	変更後の住所		〒 -		
	変更年月日及び理由等		令和 年 月 日付 変更 理由：	備考	<input type="checkbox"/> 住民票住所 <input type="checkbox"/> 住民票住所以外の居所 <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> その他 ()

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

社会保険労務士記載欄
氏 名 等

京都府農協健康保険組合

健康保険任意継続被保険者資格取得申出書

太枠内を記入してください。

申請日 令和 年 月 日

退職時の健康保険被保険者証の記号および番号	記号	フリガナ 被保険者の氏名			
	番号	生年月日	昭・平 年 月 日	性別	男・女
住民票住所	〒 - TEL 自宅 () 携帯 ()				
居所住所 (郵便物等の送付先)	〒 -				
退職時に在籍していた事業所	名称				
資格喪失年月日	令和 年 月 日 (退職日の翌日)				

被扶養者(該当者全員を記入してください。現況と異なる場合は「健康保険被扶養者異動届」の提出が必要です。)

※16歳以上の、学生の方は学生証の写し又は在学証明書など、その他の方は市区町村発行の所得証明書・源泉徴収票など、年金受給者の方は年金振込通知書の写しも併せて添付してください。(添付書類はご家族の状況等により異なりますので、上記以外の添付書類を提出していただく場合があります。ご不明な点がある場合は、健保組合へお問い合わせください。)

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	職業	住所(別居している方のみ記入してください。)
	昭・平・令 年 月 日				〒 -
	昭・平・令 年 月 日				〒 -
	昭・平・令 年 月 日				〒 -
	昭・平・令 年 月 日				〒 -

保険料の納付方法 (☑選択してください。自動引落はできません。)

毎月払い

6ヵ月前納 (年2回)

1年前納 (年1回)

注) 1年前納: 4月(または任継加入月)~3月(年度末)までの年1回払い

6ヵ月前納: 4月(または任継加入月)~9月までと10月(または任継加入月)~3月までの年2回払い

※ この申請書は被保険者資格喪失後(退職などした日の翌日から)20日以内に提出してください。

【健保組合使用欄】

資格確認

受付日付印

- 資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日
- 資格喪失年月日 令 年 月 日
- 被保険者期間 年 ヵ月
- 喪失時の報酬月額 円
- 生年月日 昭・平 年 月 日
- 給付関係の有無
- その他

確認日

令和 年 月 日

(注意)

任意継続被保険者資格を取得されますと、次の理由以外による資格喪失は認められません。

【資格喪失理由及び資格喪失日】

- | | |
|-------------|--------------------------------|
| 1. 期間満了 | 任意継続被保険者となって2年を経過した日 |
| 2. 就職 | 再就職先で健康保険の被保険者となった日 |
| 3. 死亡 | 死亡された日の翌日 |
| 4. 保険料未納 | 納付日(各月10日)までに入金されなかった日の翌日 |
| 5. 後期高齢等に該当 | 75歳の誕生日または、後期高齢者医療制度の被保険者となった日 |
| 6. 本人申請 | 申出が受理された日の属する月の翌月1日 |

※ 上記以外の理由(国民健康保険へ切り替える、又はご家族の健康保険の被扶養者になるなど)による自己都合の資格喪失はできません。

なお、任意継続被保険者期間中に就職等で他の健康保険に加入する、本人申請による資格喪失を申出の場合は健康保険組合までご連絡ください。

また、任意継続被保険者資格取得後に、【氏名・住所・電話番号等】の変更があった場合には速やかに健康保険組合までご連絡ください。

保険料未納のため任意継続被保険者資格を喪失された場合は、直ちに健康保険被保険者証をご返却ください。