

常務理事	事務長	担当者

年 月 日 提出

事業所番号

押印省略できません。
数字は右詰で記入してください。

受付印

提出者記入欄

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒 -

事業所所在地

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 保険証の番号												② 氏名	フリガナ							③ 生年月日	昭和 平成					④ 種別	男女	
	⑤ 取得区分	新規取得 退職後の再雇用 二以上勤務者 短時間労働者											⑥ 個人番号														⑧ 被扶養者	有無	
	⑨ 報酬月額	通貨によるもの額									円										⑩ 備考	健保使用欄							
		現物によるもの額									円																		
	⑪ 住所	〒 -																				※郵便番号必須、都道府県から記入して下さい						⑫ 電話番号	-

被保険者2	① 保険証の番号												② 氏名	フリガナ												④ 種別	男女		
	⑤ 取得区分	新規取得 退職後の再雇用 二以上勤務者 短時間労働者											⑥ 個人番号														⑧ 被扶養者	有無	
	⑨ 報酬月額	通貨によるもの額									円										⑩ 備考	健保使用欄							
		現物によるもの額									円																		
	⑪ 住所	〒 -																				※郵便番号必須、都道府県から記入して下さい						⑫ 電話番号	-

被保険者3	① 保険証の番号												② 氏名	フリガナ												④ 種別	男女		
	⑤ 取得区分	新規取得 退職後の再雇用 二以上勤務者 短時間労働者											⑥ 個人番号														⑧ 被扶養者	有無	
	⑨ 報酬月額	通貨によるもの額									円										⑩ 備考	健保使用欄							
		現物によるもの額									円																		
	⑪ 住所	〒 -																				※郵便番号必須、都道府県から記入して下さい						⑫ 電話番号	-

被保険者4	① 保険証の番号												② 氏名	フリガナ												④ 種別	男女		
	⑤ 取得区分	新規取得 退職後の再雇用 二以上勤務者 短時間労働者											⑥ 個人番号														⑧ 被扶養者	有無	
	⑨ 報酬月額	通貨によるもの額									円										⑩ 備考	健保使用欄							
		現物によるもの額									円																		
	⑪ 住所	〒 -																				※郵便番号必須、都道府県から記入して下さい						⑫ 電話番号	-