取得届

健康保険　被保険者資格取得届

常務理事	事務長	担当者

受付印

年　月　日提出

提出者記入欄

事業所番号　　数字は右詰で記入してください。

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	年 月 日	④種別 男 女
⑤取得区分（該当に	□新規取得 □退職後の継続再雇用 □二以上勤務 □短時間労働者	⑥個人番号（必須）			⑦取得年月日	令和	年 月 日	⑧被扶養者 有 無
⑨報酬月額	通貨によるものの額	円	※交通費、各種手当、残業見込等、総合計		⑩備考	健保使用欄		
	現物によるものの額	円		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	－　－		
	現住所	都・道 府・県						
	※現住所と住民票の住所が異なる場合は必ず記入してください。（同一の場合は同上としてください）							
	住民票住所 〒　－	都・道 府・県						

被保険者2

①保険証の番号		②氏名	フリガナ		③生年月日	昭和 平成	年 月 日	④種別 男 女
⑤取得区分（該当に	□新規取得 □退職後の継続再雇用 □二以上勤務 □短時間労働者	⑥個人番号（必須）			⑦取得年月日	令和	年 月 日	⑧被扶養者 有 無
⑨報酬月額	通貨によるものの額	円	※交通費、各種手当、残業見込等、総合計		⑩備考	健保使用欄		
	現物によるものの額	円		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	－　－		
	現住所	都・道 府・県						
	※現住所と住民票の住所が異なる場合は必ず記入してください。（同一の場合は同上としてください）							
	住民票住所 〒　－	都・道 府・県						

被保険者3

①保険証の番号		②氏名	フリガナ		③生年月日	昭和 平成	年 月 日	④種別 男 女
⑤取得区分（該当に	□新規取得 □退職後の継続再雇用 □二以上勤務 □短時間労働者	⑥個人番号（必須）			⑦取得年月日	令和	年 月 日	⑧被扶養者 有 無
⑨報酬月額	通貨によるものの額	円	※交通費、各種手当、残業見込等、総合計		⑩備考	健保使用欄		
	現物によるものの額	円		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	－　－		
	現住所	都・道 府・県						
	※現住所と住民票の住所が異なる場合は必ず記入してください。（同一の場合は同上としてください）							
	住民票住所 〒　－	都・道 府・県						

被保険者4

①保険証の番号		②氏名	フリガナ		③生年月日	昭和 平成	年 月 日	④種別 男 女
⑤取得区分（該当に	□新規取得 □退職後の継続再雇用 □二以上勤務 □短時間労働者	⑥個人番号（必須）			⑦取得年月日	令和	年 月 日	⑧被扶養者 有 無
⑨報酬月額	通貨によるものの額	円	※交通費、各種手当、残業見込等、総合計		⑩備考	健保使用欄		
	現物によるものの額	円		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	－　－		
	現住所	都・道 府・県						
	※現住所と住民票の住所が異なる場合は必ず記入してください。（同一の場合は同上としてください）							
	住民票住所 〒　－	都・道 府・県						

大阪府電気工事健康保険組合