保険証の記号を
記入してください。

家族を扶養申請する場合は、マイナンバー（個人番号）を必ず記入してください。

事業所所在地、名称、事業主氏名等を
記入し押印してください。
法人の場合は、代表者印を忘れずに押印
してください。

番号が不明の場合
には空白で提出し
てください。

フリガナ、氏名は
戸籍上のものを記入
してください。

郵便番号を忘れずに
記入してください。

資格取得届に
添付する書類を
記入してください。

被扶養者（異動）届
の添付の有無を〇
で囲んでください。

特定適用事業所に勤
務する短時間労働者
（３／４未満）該当
者は、こちらに☑を
入れてください。

報酬月額欄には見込
額で記入します。
具体的には初任給に
通勤手当・住宅手当
などの定期的な
諸手当と残業手当等
（見込額）を加えた
額を記入します。

住所は都道府県名から漢字で記入し、
カタカナでフリガナをふってください。

※事業主印を押印してください。

健康保険　被保険者資格取得届

課長	係長	係員

健康保険被保険者証の記号：8 5 0

郵便番号 〒453-0804
事業所所在地 名古屋市中村区黄金通１丁目18番地
事業所名称 愛鉄工業　株式会社
事業主氏名 代表取締役社長　愛鉄連太郎　㊞
電話番号 （ 052 ） 461 － 6131

◎事業主の押印については署名（自筆）の場合は要しないものであること。

健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	種別（性別）	マイナンバー（個人番号）	資格取得年月日	報酬月額 ㋑金銭（通貨）によるものの額 ㋺現物によるものの額 ㋩合計	標準報酬月額	被扶養者届添付の有無	添付書類
81	フリガナ ナカムラ カズオ 中村 一夫	昭・平 7 年 4 月 5 日	(男)1・(女)2	5111345678902	平成 1 年 1 月 1 日	㋑ 171,000 円 ㋺ 5,720 円 ㋩ 176,720 円	健 千円 180	無・有	
	郵便番号 460-0008 住所 フリガナ アイチケン ナゴヤシ ナカク サカエニチョウメ 愛知 都道府県 名古屋市中区栄二丁目10-19						備考 □短時間労働者（3/4未満）（該当する場合は、☑を入れてください。）		
	郵便番号 − 住所 都道府県	昭・平 5 年 月 日	(男)1・(女)2		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋺ 円 ㋩ 円	健 千円	無・有	
	郵便番号 − 住所 都道府県	昭・平 5 年 月 日	(男)1・(女)2		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋺ 円 ㋩ 円	健 千円	無・有	
	郵便番号 − 住所 都道府県	昭・平 5 年 月 日	(男)1・(女)2		平成 年 月 日	㋑ 円 ㋺ 円 ㋩ 円	健 千円	無・有	

第　葉　平成　年　月　日　提出

社会保険労務士の提出代行者印　㊞

受付日付印

愛鉄連健康保険組合理事長　殿

（平成29年1月1日　改）