

**健康保険
厚生年金保険
被保険者資格取得届**

①事業所整理記号		②事業所番号		③※		④		⑤		⑥		⑦		⑧		⑨※		⑩		⑪		⑫		⑬		⑭		⑮		⑯		⑰		⑱		⑲		⑳			
被保険者整理番号		被保険者の氏名		生年月日		種別(性別)		取得区分		基礎年金番号		作成原因		資格取得年月日		報酬月額		通貨によるものの額		現物によるものの額		標準報酬月額		被扶養者の有無		健康保険被保険者証の不要		強制付番指定		年金手帳の不要											
フリガナ		(氏) (名)		明. 1	年	月	日	1	5	新1・共3		令和		年	月	日	①	円	健	千円	無	有																			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都道		府県														☐ 短時間労働者(3/4未満)																			
フリガナ		(氏) (名)		明. 1	年	月	日	1	5	新1・共3		令和		年	月	日	①	円	健	千円	無	有																			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都道		府県														☐ 短時間労働者(3/4未満)																			
フリガナ		(氏) (名)		明. 1	年	月	日	1	5	新1・共3		令和		年	月	日	①	円	健	千円	無	有																			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都道		府県														☐ 短時間労働者(3/4未満)																			
フリガナ		(氏) (名)		明. 1	年	月	日	1	5	新1・共3		令和		年	月	日	①	円	健	千円	無	有																			
⑩郵便番号		⑪		フリガナ		都道		府県														☐ 短時間労働者(3/4未満)																			

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
※印欄は記入しないでください。

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		印
電話	(局)

社会保険労務士の提出代行者印	
	印