健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	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	〒　　-
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 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男　2. 女
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円			⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑪ 住所	住民票住所 〒　-									⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務の取得 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他(　　)
	居所と住民票同一 □	居所(現住所) 〒　-									
⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちの方はチェックは不要です。										

被保険者2

① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男　2. 女
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円			⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑪ 住所	住民票住所 〒　-									⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務の取得 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他(　　)
	居所と住民票同一 □	居所(現住所) 〒　-									
⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちの方はチェックは不要です。										

被保険者3

① 被保険者整理番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	④ 種別	1. 男　2. 女
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円			⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑪ 住所	住民票住所 〒　-									⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務の取得 2. 退職後の継続再雇用者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. その他(　　)
	居所と住民票同一 □	居所(現住所) 〒　-									
⑫ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要 ※マイナ保険証をお持ちの方はチェックは不要です。										

レンゴー健康保険組合

※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。