

正

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日 提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

提出者記入欄

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

〒 -

常務理事	事務局長	部長	課長	課長補佐	担当者

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者1	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ㉗(通貨) 円 ㉘(合計㉗+㉘) 円 ㉙(現物) 円	⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()	
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者2	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ㉗(通貨) 円 ㉘(合計㉗+㉘) 円 ㉙(現物) 円	⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()	
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者3	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ㉗(通貨) 円 ㉘(合計㉗+㉘) 円 ㉙(現物) 円	⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()	
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者4	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ㉗(通貨) 円 ㉘(合計㉗+㉘) 円 ㉙(現物) 円	⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()	
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

東京金属事業健康保険組合 受付印

副

健康保険 資格取得確認および標準報酬決定通知書

令和 年 月 日 提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

提出者記入欄	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	

健康保険の記号

健康保険の記号

社会保険労務士記載欄

氏名等

被保険者1	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円 ⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()		
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者2	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円 ⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()		
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者3	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円 ⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()		
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

被保険者4	① 被保険者等番号	② (フリガナ) 氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	④ 性別 1.男 2.女
	⑤ 取得区分 ① 健保・厚年 3.共済出向 4.船保任継	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日 9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者 0.無 1.有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(合計⑦+①) 円 ⑩ 標準報酬月額 千円	⑪ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他()		
	⑫ 住民票住所	住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		⑬ 資格確認書 発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要

提出された被保険者取得届にもとづき、うえのとおり資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。

この書類の保険料は 月分 で計算いたします

令和 年 月 日

東京金属事業健康保険組合理事長

この通知書を受け取りましたら、すみやかに確認された資格取得年月日および決定された標準報酬月額をそれぞれの被保険者に通知してください。通知書は完結となった日から起算して2年間は、事業主が保存してください。