

決裁			年 月 日			
常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任	担当者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号					
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒				
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号	()				

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

被保険者1	① 被保険者 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
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個 人 番 号		⑦ 取 得 年 月 日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	㉞ 通貨 円 ㉟ 現物 円	㉞ 合計 (㉞+㉟) 円	㊱ 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 所	住民票 〒 住 所 居 所 〒				住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()		⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者2	① 被保険者 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
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個 人 番 号		⑦ 取 得 年 月 日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	㉞ 通貨 円 ㉟ 現物 円	㉞ 合計 (㉞+㉟) 円	㊱ 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 所	住民票 〒 住 所 居 所 〒				住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()		⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者3	① 被保険者 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
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個 人 番 号		⑦ 取 得 年 月 日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	㉞ 通貨 円 ㉟ 現物 円	㉞ 合計 (㉞+㉟) 円	㊱ 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 所	住民票 〒 住 所 居 所 〒				住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()		⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者4	① 被保険者 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
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個 人 番 号		⑦ 取 得 年 月 日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	㉞ 通貨 円 ㉟ 現物 円	㉞ 合計 (㉞+㉟) 円	㊱ 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 所	住民票 〒 住 所 居 所 〒				住民票住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 理由 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()		⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

記入例 | 資格取得届

令和 6 年 12 月 2 日提出

提出者記入欄	健康保険 被保険者証記号	1	2	3	4
	事業所 所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 111 - 1111			
	事業所 名称	東京都〇〇区〇〇町1-2-3			
	事業主 氏名	〇〇〇〇 株式会社			
	電話番号	代表取締役社長 〇〇 〇〇〇 03 (1234) 5678			
社会保険労務士記載欄 氏名等					

被保険者1	① 被保険者 番号	12	② 氏名	フリガナ 〇〇〇 氏 〇〇〇 名 〇〇	③ 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 1 0 月 1 2 日 0 1	④ 種別	1.男 2.女
	⑤ 取得 区分	健保	⑥ 個人 番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	⑦ 取得 年月日	9.令和	年 0 5 月 1 2 日 0 8	⑧ 被扶 養者	0.無 1.有
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 295,000 円 ⑧ 現物 6,500 円	⑨ 合計 (⑦+⑧) 301,500 円	⑩ 標準報酬月額	300 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 住所	住民票 住所 〒111-1111 東京都〇〇市〇〇〇町2丁目3番地4号 居所 〒539-0000 大阪府〇〇市〇〇区〇〇町5丁目6番地7号				住民票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	□ 発行が必要

記入方法 | 記入例を参考に次の事項に注意のうえご記入ください。

- | | |
|-----------------|---|
| ① 被保険者
番号 | 被保険者別に追番号をご記入ください。 |
| ② 氏名 | 住民票に登録されている氏名をご記入ください。(フリガナはカタカナでご記入ください。) |
| ④ 種別 | 該当する番号を○で囲んでください。 |
| ⑥ 個人番号 | 本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。 |
| ⑦ 取得年月日 | 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)をご記入ください。 |
| ⑧ 被扶養者 | 健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を○で囲み、「被扶養者(異動)届」をご提出ください。
健康保険の被扶養者がない場合は「0.無」を○で囲んでください。 |
| ⑨ 報酬月額 | 「⑦通貨」は、給料、手当等の名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計額をご記入ください。
・ 臨時に支払うものや3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
・ 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額をご記入ください。
・ 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1か月間に同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。

「⑧現物」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについてご記入ください。
・ 現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事、住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額)をご記入ください。 |
| ⑩ 標準報酬
月額 | 健康保険法第40条に掲げられている「標準報酬区分表」にあてはめて得られた標準報酬月額を記入してください。 |
| ⑪ 備考 | 該当する場合に番号を○で囲んでください。 |
| ⑫ 住所 | 住所は上段に住民票住所を、現在居住している住所が住民票に記載されている住所と異なる場合は下段に居所を正確にご記入ください。なお、日本国内に住民票(個人番号)を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入の上、「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。 |
| ⑬ 資格確認書
発行要否 | 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・ マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 |