

健康保険 被保険者資格取得届

提出者記入欄	被保険者証 記号	令和	年	月	日	提出	同	令和	年	月	日																								
	事業所 所在地	〒 _____					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">常務理事</td> <td style="width: 16.6%;">事務局長</td> <td style="width: 16.6%;">事務局次長</td> <td style="width: 16.6%;">課長</td> <td style="width: 16.6%;">課長補佐</td> <td style="width: 16.6%;">担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						常務理事	事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者																	
	常務理事						事務局長	事務局次長	課長	課長補佐	担当者																								
事業所 名称																																			
事業主 氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">社会保険労務士記載欄</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">氏名等</td> </tr> </table>											社会保険労務士記載欄												氏名等											
社会保険労務士記載欄																																			
氏名等																																			
電話番号	(_____)																																		

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	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 個人 番号	—	⑥ 取得 年月日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑦ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑧ 報酬 月額	⑦ 通貨 _____ 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	⑨ 備考						
		⑧ 現物 _____ 円	円							
	⑩ 住民票住所	〒 _____								
⑪ 住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地もご記入ください。										

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	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 個人 番号	—	⑥ 取得 年月日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑦ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑧ 報酬 月額	⑦ 通貨 _____ 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	⑨ 備考						
		⑧ 現物 _____ 円	円							
	⑩ 住民票住所	〒 _____								
⑪ 住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地もご記入ください。										

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	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 個人 番号	—	⑥ 取得 年月日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑦ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑧ 報酬 月額	⑦ 通貨 _____ 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	⑨ 備考						
		⑧ 現物 _____ 円	円							
	⑩ 住民票住所	〒 _____								
⑪ 住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地もご記入ください。										

被保険者4	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	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 個人 番号	—	⑥ 取得 年月日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	⑦ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑧ 報酬 月額	⑦ 通貨 _____ 円	⑧ 合計 (⑦+⑧)	⑨ 備考						
		⑧ 現物 _____ 円	円							
	⑩ 住民票住所	〒 _____								
⑪ 住民票住所と異なる場合は、右欄に居住地もご記入ください。										

東京都歯科健康保険組合

受付印