

健康保険 被保険者資格取得届

提出者記入欄	事業所番号		令和 年 月 日提出	同 令和 年 月 日											
	事業所所在地									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									社会保険労務士記載欄					
	事業主氏名 電話番号									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	年	月	日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 個人番号					⑥ 取得年月日	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+①) 円		⑨ 備考						
	⑩ 住民票住所	〒 -										⑫ 資格確認書 ※発行要否
	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	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+①) 円		⑨ 備考						
	⑩ 住民票住所	〒 -										⑫ 資格確認書 ※発行要否
	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	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+①) 円		⑨ 備考						
	⑩ 住民票住所	〒 -										⑫ 資格確認書 ※発行要否
	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	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+①) 円		⑨ 備考						
	⑩ 住民票住所	〒 -										⑫ 資格確認書 ※発行要否
	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

※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
- ・マイナンバーカード更新手続き中の者、マイナンバーカード紛失者