記入例｜資格取得届

提出者記入欄		
事業所番号	○○○○	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日提出
事業所所在地	〒 111 － 1111 東京都○○区○○町１－２－３	
事業所名称	○○○○歯科医院	
事業主氏名	○○ ○○	
電話番号	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	1	2	3	4	—	5	6	7	8	—	9	0	0	0										
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	㋐ 通貨 300,000 円																							
	㋑ 現物 10,000 円																							
	㋒ 合計（㋐+㋑） 310,000 円																							
⑨ 備考																								
⑩ 住民票住所	〒 111 ― 1111 東京都○○市○○○ ２－３－４																							
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。	〒〒 333― 3333 埼玉県△△市△△△ ５－６－７																							
⑫ 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 被保険者整理番号	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。
⑤ 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。
⑥ 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。
⑦ 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。
⑧ 報酬月額	「㋐通貨」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。 「㋑現物」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 住民票住所	住民票に登録されている住所地をご記入ください。（必須）
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。	居住地が「⑩住民票住所」と異なる場合にご記入ください。
⑫ 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 ・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