

健康保険 被保険者資格取得届

提出者記入欄	事業所記号				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											
	事業主氏名											
電話番号	()			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	- - - - -			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+⑧)			⑨ 備考						
	⑨ 現物	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	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						
	⑨ 現物	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	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						
	⑨ 現物	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	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						
	⑨ 現物	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

- ★資格確認書の取扱い：以下に該当する場合に限り発行いたします。
- ・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
- ※マイナ保険証利用登録者は発行されません。