

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	伺 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		⑦ 合計 (⑦+①) 円		⑨ 備考										
	① 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		⑦ 合計 (⑦+①) 円		⑨ 備考										
	① 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		⑦ 合計 (⑦+①) 円		⑨ 備考										
	① 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		⑦ 合計 (⑦+①) 円		⑨ 備考										
	① 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。