様式コード			
2	2	0	0

健 康 保 険

被保険者資格取得届

常務理事	事務局長	部長	課長	担当者

令和　　年　　月　　日提出

受付印

提出者記入欄

事業所記号	
事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　ー
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 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	□ 5.昭和 □ 7.平成 □ 9.令和	年	月	日	④ 種別	□ 1. 男　□ 2. 女
⑤ 取得区分	1. 健保・厚年	⑥ 個人番号			⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	□ 0. 無　□ 1. 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計 ㋐+㋑) 円			⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 □ 1. 70歳以上被用者該当 □ 2. 二以上事業所勤務者の取得 □ 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) □ 4. 退職後の継続再雇用者の取得 □ 5. その他 (　　)					
⑪ 住民票の住所	〒　(フリガナ)										
⑫ 居住地の住所	〒　(フリガナ) 理由: □ 1. 海外在住 □ 2. 短期在留 □ 3. その他(　　)										

⑬ 資格確認書の発行要否

資格確認書の発行が必要な場合は、次に該当する場合に限られます。1つでも該当する場合は、資格確認書の発行が必要です。

※ 赤枠は必ず記入してください。

- □ マイナンバーカードを取得していない方
- □ マイナンバーカードを返納した方
- □ 利用登録解除を申請した方
- □ 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方
- □ 利用登録の解除をした方
- □ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

資格確認書の発行が　□ 必要　□ 不要

被保険者2

① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	□ 5.昭和 □ 7.平成 □ 9.令和	年	月	日	④ 種別	□ 1. 男　□ 2. 女
⑤ 取得区分	1. 健保・厚年	⑥ 個人番号			⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	□ 0. 無　□ 1. 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計 ㋐+㋑) 円			⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 □ 1. 70歳以上被用者該当 □ 2. 二以上事業所勤務者の取得 □ 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) □ 4. 退職後の継続再雇用者の取得 □ 5. その他 (　　)					
⑪ 住民票の住所	〒　(フリガナ)										
⑫ 居住地の住所	〒　(フリガナ) 理由: □ 1. 海外在住 □ 2. 短期在留 □ 3. その他(　　)										

⑬ 資格確認書の発行要否

資格確認書の発行が必要な場合は、次に該当する場合に限られます。1つでも該当する場合は、資格確認書の発行が必要です。

※ 赤枠は必ず記入してください。

- □ マイナンバーカードを取得していない方
- □ マイナンバーカードを返納した方
- □ 利用登録解除を申請した方
- □ 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方
- □ 利用登録の解除をした方
- □ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

資格確認書の発行が　□ 必要　□ 不要

被保険者3

① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	□ 5.昭和 □ 7.平成 □ 9.令和	年	月	日	④ 種別	□ 1. 男　□ 2. 女
⑤ 取得区分	1. 健保・厚年	⑥ 個人番号			⑦ 取得(該当)年月日	9.令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	□ 0. 無　□ 1. 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計 ㋐+㋑) 円			⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 □ 1. 70歳以上被用者該当 □ 2. 二以上事業所勤務者の取得 □ 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) □ 4. 退職後の継続再雇用者の取得 □ 5. その他 (　　)					
⑪ 住民票の住所	〒　(フリガナ)										
⑫ 居住地の住所	〒　(フリガナ) 理由: □ 1. 海外在住 □ 2. 短期在留 □ 3. その他(　　)										

⑬ 資格確認書の発行要否

資格確認書の発行が必要な場合は、次に該当する場合に限られます。1つでも該当する場合は、資格確認書の発行が必要です。

※ 赤枠は必ず記入してください。

- □ マイナンバーカードを取得していない方
- □ マイナンバーカードを返納した方
- □ 利用登録解除を申請した方
- □ 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方
- □ 利用登録の解除をした方
- □ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

資格確認書の発行が　□ 必要　□ 不要

民 間 放 送 健 康 保 険 組 合

この届書は「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」にご提出いただくものです。

記入方法

提出者記入欄　：事業所記号をご記入ください。

事業所記号	1	0	1

①被保険者番号　：被保険者番号を記入してください。

②氏名　：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。

③生年月日　：年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。

5.昭和 ⑦平成 9.令和	1	年 2	0	月 5	0	日 3

⑥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。

⑦取得（該当）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）その使用される事業所が適用事業所となった日等をご記入ください。

⑧被扶養者　：健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を、ない場合は「0.無」を〇で囲んでください。
「1.有」の場合は『被扶養者（異動）届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額　：「⑦（通貨）」は給料・手当等、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金額をご記入ください。
※1　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。
※2　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。
※3　実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、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額、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備考　：該当する場合に番号を〇で囲んでください。
「1.70歳以上被用者該当」は、被用者が70歳以上の方の場合に〇で囲んでください。
「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
「3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等）」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に〇で囲んでください。
「4.退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』及び継続再雇用がわかる添付書類の提出が必要です。

⑪住民票の住所
⑫居住地の住所　：住民票の住所と居住地の住所が同じ場合は「⑪住民票の住所」に正確にご記入のうえ、「⑫居住地の住所」に「同上」をご記入ください。
住民票の住所と居住地の住所が違う場合は「⑪住民票の住所」と「⑫居住地の住所」をそれぞれ正確にご記入ください。
日本国内に住民票を有しいていない等、住民票の住所をご記入できない場合は、「⑫居住地の住所」をご記入の上、理由に該当する項目を〇で囲み、「3.その他」に〇をした場合は、その理由をご記入ください。

⑬資格確認書発行要否　：次に該当する方は、該当する箇所の□に✓をした上で「資格確認書の発行が□必要」の✓をしてください。該当しない場合は、「資格確認書の発行が□不要」にチェックをしてください。

・マイナンバーカードを取得していない方
・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方
・マイナンバーカードを返納した方
・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方
・利用登録解除を申請した方
・利用登録の解除をした方

なお、マイナンバーカードを紛失した方、マイナンバーカードの更新手続き中の方、マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要な方につきましては、「健康保険　資格確認書（再）交付申請書」を添付してください。

添付書類

・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
　ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
　イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載されているもの）等

お知らせ

・この『被保険者資格取得届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『資格取得確認および標準報酬決定通知書』が事業所に送付されますので、事業主は通知内容をご確認ください。
・「短時間労働者」とは、国・地方公共団体・特定適用事業所等において使用される、以下の全ての要件を満たした場合に被保険者となります。
　ア.週の所定労働時間が20時間以上であること。
　イ.賃金の月額が88,000円（年額106万円相当）以上であること。ただし、①臨時に支払われる賃金（結婚手当等）および1月を超える期間ごとに支払われる賃金（賞与等）、②所定時間外労働等に対して支払われる賃金（割増賃金等）、③最低賃金法において算入しないことを定める賃金（精皆勤手当、通勤手当および家族手当）を除く。
　ウ.学生でないこと。
　※上記ア～ウの要件を満たしていても、1週間の所定労働時間および1カ月の所定労働日数が正社員の4分の3以上の従業員については、通常の被保険者となります。