

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	扱者

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所記号	
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

受付印

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)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()			
	⑪ 住民票住所(必須)	⑫ 居住住所	左記の住民票住所が空欄の場合には該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 ()			
	⑬ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※資格確認書の発行は、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				
	住民票住所と居住住所が異なる場合には、⑪住民票住所に加えて、⑫居住住所もご記入ください。		〒 -			

被保険者2	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()			
	⑪ 住民票住所(必須)	⑫ 居住住所	左記の住民票住所が空欄の場合には該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 ()			
	⑬ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※資格確認書の発行は、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				
	住民票住所と居住住所が異なる場合には、⑪住民票住所に加えて、⑫居住住所もご記入ください。		〒 -			

被保険者3	① 被保険者番号	② 氏名 (フリガナ)	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女
	⑤ 取得区分	⑥ 個人番号	⑦ 取得(該当)年月日	7.平成 年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額	⑩ 備考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()			
	⑪ 住民票住所(必須)	⑫ 居住住所	左記の住民票住所が空欄の場合には該当する項目を○で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 ()			
	⑬ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※資格確認書の発行は、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				
	住民票住所と居住住所が異なる場合には、⑪住民票住所に加えて、⑫居住住所もご記入ください。		〒 -			

東京広告業健康保険組合 令和7年4月

健康保険資格確認書を 受領いたしました。	交付枚数	枚
-------------------------	------	---

記入例

令和 6 年 12 月 2 日提出

提出者記入欄	事業所記号	9999
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	〒 111 - 1111 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
	事業所名称 事業主氏名	〇〇〇〇 株式会社 代表取締役社長 〇〇 〇〇〇
電話番号	01 (2345) 6789	

被保険者1	① 被保険者番号	999	② (フリガナ) 氏名	〇〇〇 (氏) 〇〇〇〇 (名) 〇〇〇〇〇	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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶養者	① 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	⑩ 通貨	295,000 円	⑪ (合計 ⑫+⑬)	⑭ 現物	6,500 円	⑮ 備考	該当する項目を〇で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 3. 退職後の継続再雇用者の取得 4. その他 ()				
	⑯ 住民票住所	〒 111 - 1111	東京都●●市●●●1-2-3	左記の住民票住所が空欄の場合には該当する項目を丸で囲んでください。 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他 ()								
	⑰ 資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※資格確認書の発行は、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										

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被保険者番号 : 被保険者別に追番号を記入してください。
- 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。)
- ③生年月日 : 該当する元号の番号と、年月日を下図のようにご記入ください。

5. 昭和	7. 平成	9. 令和	年	月	日
〇	2	1	2	0	1
- ④種別 : 男性は1、女性は2と該当する番号を〇で囲んでください。
- 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)をご記入ください。
 なお、年月日が1桁の場合は、前に0を記入してそれぞれ2桁としてください。
- ⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を〇で囲み、「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いない場合は「0.無」を〇で囲んでください。
- ⑨報酬月額 : 「⑩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ヵ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。
 「⑪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備考 : 該当する場合に番号を〇で囲んでください。
 「1.二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。
 「2.短時間労働者の取得(特定適用事業所)」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。
 「3.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』の提出が必要です。
- ⑯住民票住所 : 住民票住所をご記入ください。(必須となります。) ※住民票住所と居住住所が異なる場合は、⑰居住住所も併せてご記入ください。
- ⑰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

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事業主印が押印されているもの)等
- 「⑦取得年月日」に記入した日付が届書の受付年月日から2ヵ月以上さかのぼる場合
 資格取得年月日以降、受付日までに支給された給与等に係る賃金台帳および給与計算の基礎となった出勤簿のコピー、および遅延理由書

お知らせ

- 「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 (厚生年金保険法第12条第6号)
 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(精皆動手当、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ヵ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、厚生年金保険法第12条第6号の「短時間労働者」には該当いたしませんので、一般の被保険者として資格取得することとなります。