

健康保険

# 被保険者資格取得届

## 兼資格取得確認及び標準報酬月額決定通知書

常務理事	事務長	当務者

事業所記号	(資格取得年月が異なる場合には、届出用紙を分けて提出して下さい)										
被保険者の番号	(フリガナ) 被保険者の氏名	性別	生年月日	資格取得日	報酬月額			標準報酬月額	資格取得の理由 (該当するものに☑して下さい)		
					金銭によるもの	現物によるもの	計				
		男・女	年 月 日	年 月 日	円	円	円	千円	<input type="checkbox"/> 新規採用 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)		
住所	〒 -			電話	( )		個人番号	- -			
		男・女	年 月 日	年 月 日	円	円	円	千円	<input type="checkbox"/> 新規採用 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)		
住所	〒 -			電話	( )		個人番号	- -			
		男・女	年 月 日	年 月 日	円	円	円	千円	<input type="checkbox"/> 新規採用 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)		
住所	〒 -			電話	( )		個人番号	- -			
		男・女	年 月 日	年 月 日	円	円	円	千円	<input type="checkbox"/> 新規採用 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)		
住所	〒 -			電話	( )		個人番号	- -			
		男・女	年 月 日	年 月 日	円	円	円	千円	<input type="checkbox"/> 新規採用 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 再雇用 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満)		
住所	〒 -			電話	( )		個人番号	- -			

令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

## (注意事項)

- 「現物によるもの」の欄には、住宅、食事、定期券等の支給を金額に換算して記入して下さい。支給がない場合は0と記入して下さい。
- 「個人番号」の欄は新規採用の場合にのみ記入して下さい。

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生局内）に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁判があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁判の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

健保受付印

健保受付印
-------