

届書コード	処理区分	届書
200		

正	① 健康保険 被保険者証の記号	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)
	※	

健康保険 被保険者資格取得届

(保険に入るとき)

--	--	--	--

③健康保険 被保険者 証の番号	④ 被 保 険 者 の 氏 名	⑤ 生 年 月 日	⑥ 種 別 (性 別)	⑦ 取 得 区 分	⑧ 個人番号 基礎年金番号	⑨※ 作成 原因	⑫ 資格取得の年月日 (入社した日など)	(ア) 報酬 月額	(イ) (の通貨によるもの額 の現物によるもの額 合計)	⑬ 標準報酬 月 額	⑭ 被扶養 者層の 添付の有 無	⑮※ 健康保険 被保険者 証の作成	⑯※ 強制 番号指 定	⑰※ 年金 手帳の 作成
-----------------------	-----------------	-----------	----------------	--------------	------------------	----------------	-------------------------	--------------	------------------------------------	---------------	---------------------------	-------------------------	-------------------	--------------------

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

(フリガナ) (氏) (名)	昭 5	年	月	日	1 5 2 6 3 7	農0 新1 再2	共3 船4	平成 年 月 日	(イ) 円	(イ) 円	(イ) 円	健康	千円	無0	送 信
⑩郵便番 号	⑪ (フリガナ)				⑭ 被保険者 住 所										
※住所コード	⑯ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)														

(フリガナ) (氏) (名)	昭 5	年	月	日	1 5 2 6 3 7	農0 新1 再2	共3 船4	平成 年 月 日	(イ) 円	(イ) 円	(イ) 円	健康	千円	無0	送 信
⑩郵便番 号	⑪ (フリガナ)				⑭ 被保険者 住 所										
※住所コード	⑯ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)														

(フリガナ) (氏) (名)	昭 5	年	月	日	1 5 2 6 3 7	農0 新1 再2	共3 船4	平成 年 月 日	(イ) 円	(イ) 円	(イ) 円	健康	千円	無0	送 信
⑩郵便番 号	⑪ (フリガナ)				⑭ 被保険者 住 所										
※住所コード	⑯ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)														

(フリガナ) (氏) (名)	昭 5	年	月	日	1 5 2 6 3 7	農0 新1 再2	共3 船4	平成 年 月 日	(イ) 円	(イ) 円	(イ) 円	健康	千円	無0	送 信
⑩郵便番 号	⑪ (フリガナ)				⑭ 被保険者 住 所										
※住所コード	⑯ 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)														

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	(局) 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	(印)

届書コード	処理区分	届書
200		

副	① 健康保険 被保険者証の記号	② 事業所番号 (保険料納入告知書の番号)
	※	

健康保険 被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書

③健康保険 被保険者 証の番号	④ 被 保 険 者 の 氏 名	⑤ 生 年 月 日	⑥ 種 別 (性 別)	⑦ 取 得 区 分	⑧ 基礎年金番号	⑨※ 作成 原因	⑫ 資格取得の年月日 (入社した日など)	⑩ 報酬 月額	⑪ の通貨によるものの額 の現物によるものの額 月 額 (イ) 合 計	⑬ 標準報酬 月 額	⑭ 被 扶 養 者 の 有 無	⑮※ 健康保険 被保険者 証の作成	⑯※ 強制 付 番 指 定	⑰※ 年 金 手 帳 の 作 成
	(フリガナ) 氏 (名)	昭 5 年 月 日 平 7	1 5 2 6 3 7 農0 共3 新1 船4 再2				平成 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無0 年 千円 有1					
⑩郵便番 号	⑪ 被保険者 住 所	(フリガナ)												
※住所コード		(オ) 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)												
	(フリガナ) 氏 (名)	昭 5 年 月 日 平 7	1 5 2 6 3 7 農0 共3 新1 船4 再2				平成 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無0 年 千円 有1					
⑩郵便番 号	⑪ 被保険者 住 所	(フリガナ)												
※住所コード		(オ) 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)												
	(フリガナ) 氏 (名)	昭 5 年 月 日 平 7	1 5 2 6 3 7 農0 共3 新1 船4 再2				平成 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無0 年 千円 有1					
⑩郵便番 号	⑪ 被保険者 住 所	(フリガナ)												
※住所コード		(オ) 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)												
	(フリガナ) 氏 (名)	昭 5 年 月 日 平 7	1 5 2 6 3 7 農0 共3 新1 船4 再2				平成 年 月 日	(イ) 円 (ウ) 円 (エ) 円	健 千円 無0 年 千円 有1					
⑩郵便番 号	⑪ 被保険者 住 所	(フリガナ)												
※住所コード		(オ) 備考 <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (※該当する場合は、✓を入れてください)												

◎「※」印欄は記入しないでください。

送信

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	殿
電 話	(局) 番

平成 年 月 日 提出

上記のとおり資格取得の確認および標準報酬を決定したので通知します。

平成 年 月 日
健康保険組合理事長