常務理事	事務長	部　長	課　長	係　長	係　員

健康保険

被保険者資格取得届

（保険に入るとき）

◎記入の方法は2枚目をご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
★個人番号は必ず記入してください。

① 事業所記号

② 健康保険被保険者番号（被保険者整理番号）	③ 被保険者の氏名	④ 生年月日	⑤ 種別（性別）	⑥ 取得区分	⑦ 個人番号	⑧※ 作成原因	⑨ 資格取得年月日	⑦報酬月額 ㋑通貨によるものの額 ㋺現物によるものの額 ㋩合計	⑩ 標準報酬月額	⑪ 被扶養者届の添付の有・無
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7　年　月　日	1.男子 2.女子	新1 再2 70歳以上			令和年　月　日	㋑　円 ㋺　円 ㋩　円	千円	無0 ・ 有1
	⑫ 郵便番号　－ ※住所コード	⑬ 被保険者の住民票住所	(フリガナ) 都道府県				⑭ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑮ 備考	
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7　年　月　日	1.男子 2.女子	新1 再2 70歳以上			令和年　月　日	㋑　円 ㋺　円 ㋩　円	千円	無0 ・ 有1
	⑫ 郵便番号　－ ※住所コード	⑬ 被保険者の住民票住所	(フリガナ) 都道府県				⑭ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑮ 備考	
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7　年　月　日	1.男子 2.女子	新1 再2 70歳以上			令和年　月　日	㋑　円 ㋺　円 ㋩　円	千円	無0 ・ 有1
	⑫ 郵便番号　－ ※住所コード	⑬ 被保険者の住民票住所	(フリガナ) 都道府県				⑭ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑮ 備考	
	(フリガナ) (氏)　(名)	昭5 平7　年　月　日	1.男子 2.女子	新1 再2 70歳以上				㋑　円 ㋺　円 ㋩　円	千円	無0 ・ 有1
	⑫ 郵便番号　－ ※住所コード	⑬ 被保険者の住民票住所	(フリガナ) 都道府県				⑭ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑮ 備考	

事業所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（　局）　番

令和　年　月　日　提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

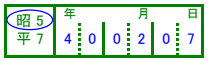
東京不動産業健康保険組合

PDF2610

〔記入の方法〕

1. ①欄は、新規適用時または健保組合編入時に付された番号を記入してください。

2. ③欄「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

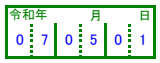
3. ④欄の年号は、該当する文字を〇で囲んでください。生年月日は、たとえば、昭和40年2月7日生まれの場合は、「 

」のように記入してください。

4. ⑤欄は、被保険者が男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を〇印で囲んでください。

5. ⑥欄は、初めて厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「新1」を、厚生年金保険の船員以外の被保険者であったことがある者が再び厚生年金保険の船員以外の被保険者となったときは「再2」を〇印で囲んでください。

6. ⑦欄は、本人確認を行ったうえで個人番号を記入してください。
   ※個人番号を有していない者については、個人番号の記入は不要です。

7. ⑨欄の資格取得年月日は、たとえば、令和7年5月1日の場合は、「 

」のように記入してください。

   特定減額特例対象者の任意取得の場合は、記入不要です。

8. ㋐欄は、下記により記入してください。
   ㋑欄は、報酬のうち、臨時に受けるものおよび3月を超える期間ごとに受けるもの以外のもので、金銭（通貨）で支払われる賃金、給料、俸給、手当、その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が労働の対償として受けるすべてのものについて、健康保険法第42条第1項各号の規定によって算定した額を記入してください。
   ㋒欄は、報酬のうち、食事、住宅、被服など金銭（通貨）以外のもので支払われるものについて、健康保険法第46条の規定によって厚生労働大臣または健康保険組合が定めた価額によって算定した金額を記入してください。

9. ⑪欄は、被扶養者のある被保険者で被扶養者届を提出している者については「有」を、その他の者については「無」を〇印で囲んでください。
   ※「有」の場合は「被扶養者（異動）届」の提出が別途必要です。

10. ⑫欄は、郵便番号を必ず記入してください。
    ⑬欄は被保険者の住民票住所を正確に記入してください。なお、日本国内に住民票（個人番号）を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入のうえ、⑮欄に理由を記入してください。（「海外在住」「短期在留」」等）

11. ⑭欄は、資格確認書の発行が必要な場合（※）は「口発行が必要」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

12. ⑮欄は、
    （1）短時間労働者に該当する場合は、「短時間労働者」と記入してください。
    （2）二以上事業所勤務に該当する場合は、「二以上事業所勤務」と記入してください。
    （3）退職後の継続再雇用者に該当する場合は、「同日得喪」と記入してください。
    （4）特定減額特例対象者の任意取得に該当する場合は、「特定減額特例対象者」と記入し、従業員からの申出書を添付してご提出ください。
    ※「特定減額特例対象者」とは、最低賃金の減額の特例を受けている短時間労働者のうち、所定内賃金が月額88,000円未満である方です。