

様式コード
2 2 0 0

健康保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	担当

令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号	21
	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 164 - 0001		
	事業所所在地 東京都中野区中野4-10-1		
	事業所名称 (株)栗田健保		
	事業主氏名 代表取締役社長 健保 一郎		
	電話番号	03 (6743)	6790

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 (氏名)	ケンボ 健保 (氏名)	太郎 (名)	③ 生年月日 (選択してください)	年	月	日	④ 性別	(選択してください)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年	個人番号入力無し		⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶者	(選択してください)
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) <input type="radio"/>	円	⑧(合計 ⑦+⑧)	円	⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) 従業員番号 () <input type="checkbox"/> 継続再雇用・転籍 転籍の場合どのご事業所から ()				
	⑪ 住所	<必ず記入してください> 〒 164 - 0001 (7桁) トウキョウトウキョウカ/ 東京都中野区中野4-10-5 該当があれば選択									

被保険者 2	① 被保険者番号	② 氏名 (氏名)		(名)	③ 生年月日 (選択してください)	年	月	日	④ 性別	(選択してください)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年			⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶者	(選択してください)
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) <input type="radio"/>	円	⑧(合計 ⑦+⑧)	円	⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) 従業員番号 () <input type="checkbox"/> 継続再雇用・転籍 転籍の場合どのご事業所から ()				
	⑪ 住所	<必ず記入してください> 〒 (7桁)									

被保険者 3	① 被保険者番号	② 氏名 (氏名)		(名)	③ 生年月日 (選択してください)	年	月	日	④ 性別	(選択してください)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年			⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶者	(選択してください)
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) <input type="radio"/>	円	⑧(合計 ⑦+⑧)	円	⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) 従業員番号 () <input type="checkbox"/> 継続再雇用・転籍 転籍の場合どのご事業所から ()				
	⑪ 住所	<必ず記入してください> 〒 (7桁)									

被保険者 4	① 被保険者番号	② 氏名 (氏名)		(名)	③ 生年月日 (選択してください)	年	月	日	④ 性別	(選択してください)	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年			⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年	月	日	⑧ 被扶者	(選択してください)
	⑨ 報酬月額	⑦(通貨) <input type="radio"/>	円	⑧(合計 ⑦+⑧)	円	⑩ 備考	<input type="checkbox"/> 短時間労働者の取得 (特定適用事業所) 従業員番号 () <input type="checkbox"/> 継続再雇用・転籍 転籍の場合どのご事業所から ()				
	⑪ 住所	<必ず記入してください> 〒 (7桁)									