様式コード			
2	2	0	0

健康保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

令和　　年　　月　　日 提出

受付年月日

提出者記入欄

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

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） （氏）	（名）	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	⑥ 個人番号			⑦ 取得（該当）年月日	7.平成 9.令和	年　月　日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑨ 報酬月額	㋐（通貨） ㋑（現物）	㋒（合計㋐＋㋑）	標準報酬月額　千円		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 3. 退職後の継続再雇用者の取得		⑫ 資格確認書の発行要否	□ 必要 裏面⑫交付要件該当の場合のみチェック可
⑪ 住民票住所	〒　　- 1. 海外在住　2. 短期在留　3. その他（　　）				居所が別の場合	〒　　-			

被保険者2

① 被保険者番号		② 氏名	（フリガナ） （氏）	（名）	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	⑥ 個人番号			⑦ 取得（該当）年月日	7.平成 9.令和	年　月　日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑨ 報酬月額	㋐（通貨） ㋑（現物）	㋒（合計㋐＋㋑）	標準報酬月額　千円		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 3. 退職後の継続再雇用者の取得		⑫ 資格確認書の発行要否	□ 必要 裏面⑫交付要件該当の場合のみチェック可
⑪ 住民票住所	〒　　- 1. 海外在住　2. 短期在留　3. その他（　　）				居所が別の場合	〒　　-			

被保険者3

① 被保険者番号		② 氏名	（フリガナ） （氏）	（名）	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	⑥ 個人番号			⑦ 取得（該当）年月日	7.平成 9.令和	年　月　日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑨ 報酬月額	㋐（通貨） ㋑（現物）	㋒（合計㋐＋㋑）	標準報酬月額　千円		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 3. 退職後の継続再雇用者の取得		⑫ 資格確認書の発行要否	□ 必要 裏面⑫交付要件該当の場合のみチェック可
⑪ 住民票住所	〒　　- 1. 海外在住　2. 短期在留　3. その他（　　）				居所が別の場合	〒　　-			

被保険者4

① 被保険者番号		② 氏名	（フリガナ） （氏）	（名）	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	⑥ 個人番号			⑦ 取得（該当）年月日	7.平成 9.令和	年　月　日	⑧ 被扶養者	0. 無　1. 有
⑨ 報酬月額	㋐（通貨） ㋑（現物）	㋒（合計㋐＋㋑）	標準報酬月額　千円		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 3. 退職後の継続再雇用者の取得		⑫ 資格確認書の発行要否	□ 必要 裏面⑫交付要件該当の場合のみチェック可
⑪ 住民票住所	〒　　- 1. 海外在住　2. 短期在留　3. その他（　　）				居所が別の場合	〒　　-			

神戸機械金属健康保険組合

記入方法

提出者記入欄　：　事業所記号は下図を参照し、新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

事業所記号		1	2	3

①被保険者番号　：　提出順に被保険者番号を払い出ししますので、記入する必要はありません。

②氏名　：　氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日　：　年号は該当する番号を〇で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

(5)昭和 7.平成 9.令和	6	年 3	0	月 5	0	日 3

④種別　：　下図を参照し、該当する番号を〇で囲んでください。

	男子	女子
一般（基金未加入）	1	2

⑤取得区分　：　下図を参照し、該当する番号を〇で囲んでください。

1.健保	健康保険の被保険者となったとき

⑥個人番号　：　本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。健康保険組合への届出については、必ず個人番号を記入してください。

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）、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

⑧被扶養者　：　健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を〇で囲んでください。
「1. 有」の場合は『被扶養者（異動）届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額　：　「㋐（通貨）」は給料・手当等、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金額を記入してください。
※1　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。
※2　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記入してください。
※3　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記入してください。
「㋑（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記入してください。
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）を記入してください。

⑩備考　：　必要に応じて記入してください。

⑪住民票住所　居所　：　住民票上の住所を記入してください。居所が住民票と異なる場合には居所欄に記入してください。
なお、海外在住、短期在留など住民票上の住所を有しない場合には、該当理由を〇で囲み、居所を居所欄に記入してください。

⑫資格確認書の交付希望　：　下記の交付要件を満たすか確認し、満たす場合にチェックをしてください。満たさない場合交付できません。
資格確認書の交付要件

1　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
2　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
3　マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者