

記入例

健康保険被保険者証の記号、被保険者番号を必ず記入してください。

いずれかを○で囲んでください。
※1 男子、2 女子、3 坑内員

個人番号を必ず記入してください。
※個人番号通知カード等を確認のうえ、正確に誤りのないようにしてください。

被扶養者(異動)届の添付の有無を囲んでください。

★個人番号を必ず記入してください。
◎記入の方法は裏面に書いてありますのでよくお読みください。
※印刷は記入しないでください。

①事業		健康保険被保険者証の記号	健康保険 被保険者資										常務理事	事務長	課長	係	
※	※	999															
③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨※	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳
被保険者整理番号	被保険者の氏名	生年月日	種別(性別)	取得区分	個人番号 基礎年金番号	作成原因	資格取得年月日	報酬月額	通貨によるもの額 現物によるもの額 合計	標準報酬月額	被扶養者有無	健康保険被保険者証の不要	強制付番指定	年金手帳の不要			
1111	ケンボ ジロウ 健保 次郎	昭.5 年 月 日 平.7 0 5 0 1 0 1	1 2 3		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	2 9 0 4 0 1	平成 年 月 日 2 9 0 4 0 1	① 323,590 円 ② 0 円 ③ 323,590 円	④ 320 千円	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有							
⑩郵便番号	⑪フリガナ	⑫都道府県	⑬住所														
〒350047	ケンボ ジロウ	東京都	東京都江東区富岡〇-△-×														
⑭短時間労働者(3/4未満)	⑮備考																
<input type="checkbox"/>	⑯資格取得年月日および報酬月額を記入してください。																
<input type="checkbox"/>	⑰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。																
<input type="checkbox"/>	⑱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。																
<input type="checkbox"/>	⑲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。																
<input type="checkbox"/>	⑳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。																

①郵便番号を必ず記入してください。
②住所は都道府県から漢字で正確に記入し、カタカナでフリガナを振ってください。

資格取得年月日および報酬月額を記入してください。

短時間労働者の場合は□にチェックを入れてください。

健康保険組合へ提出した日を記入してください。

平成 29 年 4 月 3 日 提出

受付日付印

事業所所在地 〒135 - 0047 東京都江東区富岡×-×-×

事業所名称 株式会社 そうこけんぼ

事業主氏名 代表取締役社長 健保 一郎

電話 03 (1234) 局 5678 番



社会保険労務士の提出代行印

Ⓢ