

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日提出

常務理事	事務長	課 長	課長補佐	係 長	係 員

受付日付印

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 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日		④ 種 別	
⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日	⑧ 被 扶 養 者	
⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()	
⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒				住所が空欄の場合は、下 記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者 2

① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日		④ 種 別	
⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日	⑧ 被 扶 養 者	
⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()	
⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒				住所が空欄の場合は、下 記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者 3

① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日		④ 種 別	
⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日	⑧ 被 扶 養 者	
⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()	
⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒				住所が空欄の場合は、下 記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者 4

① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日		④ 種 別	
⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日	⑧ 被 扶 養 者	
⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()	
⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒				住所が空欄の場合は、下 記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

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

下記のとおり資格取得の確認および標準報酬月額を決定したので通知します。

令和 年 月 日

(令和 年 月 日提出分)

観光産業健康保険組合理事長

事業所番号 (健康保険被保険者証の記号)			
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	様		
電話番号			

この通知書を受け取りましたら、すみやかに確認された資格取得年月日および決定された標準報酬を、それぞれの被保険者に通知しなければなりません。また、健康保険被保険者証を本人に渡した際は、裏面の住所欄に直ちに現住所を明確に自筆させてください。

この通知書の確認および決定に不服があるときは、確認および決定を知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。

被保険者 1	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		③ 生 年 月 日		④ 種 別	
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日		⑧ 被 扶 養 者	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()		
	⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒					住所が空欄の場合は、下記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者 2	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		③ 生 年 月 日		④ 種 別	
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日		⑧ 被 扶 養 者	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()		
	⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒					住所が空欄の場合は、下記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者 3	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		③ 生 年 月 日		④ 種 別	
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日		⑧ 被 扶 養 者	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()		
	⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒					住所が空欄の場合は、下記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要

被保険者 4	① 被保険者 整理番号		② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		③ 生 年 月 日		④ 種 別	
	⑤ 取 得 区 分	1. 健保	⑥ 個 人 番 号	マイナンバーの記載は義務化されています		⑦ 取 得 (該当) 年月日		⑧ 被 扶 養 者	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦(通貨) 円 ㊧(現物) 円	㊨(合計㊦+㊧) 円	⑩ 標準報 酬月額	千円	⑪ 備 考	☐ 二以上事業所勤務者 ☐ 短時間労働者 ☐ 退職後の継続再雇用者 ☐ その他 ()		
	⑫ 住 所	住民票 住所 〒 居 所 住所 〒					住所が空欄の場合は、下記よりを選んでください。	⑬ 資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要