

健康保険 被保険者資格取得届

提出日 平成 29 年 4 月 3 日

三重県農協健康保険組合 理事長 様

事業所記号
999

事業所所在地	
事業所名	津市栄町100-1
事業主氏名	三重県農業協同組合
	代表理事組合長 三重太郎
	印

決裁	常務理事	事務長	部長	課長	係

被保険者番号	被保険者の氏名 フリガナ 氏名	生年月日	性別	資格取得年月日	報酬月額 (金銭によるもの 現物によるもの 合計)	標準報酬 月額	給与形態
郵便番号	住所	電話番号	備考				

※記入しないで下さい。	ケンポ イチロウ 健保 一郎	昭平	年 月 日	男・女	年 月 日	円	※記入しないで下さい。	① 月 給 ② その他 ()	本 俸 233,000 円 諸手当 2,210 円
〒 514-0111	津市平成町100-1	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	TEL	059-234-1234		☐ 短時間労働者(％未満) (※該当する場合は✓を入れてください。)		

※記入しないで下さい。	ケンポ ハナコ 健保 花子	昭平	年 月 日	男・女	年 月 日	円	※記入しないで下さい。	1. 月 給 ② その他 (時給)	本 俸 123,000 円 諸手当 2,000 円
〒 514-0222	四日市市新町200-1	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 3	TEL	- -		☐ 短時間労働者(％未満) (※該当する場合は✓を入れてください。)		

		昭平	年 月 日	男・女	年 月 日	円		1. 月 給 ② その他 ()	本 俸 _____ 円 諸手当 _____ 円
〒 -		個人番号		TEL	- -		☐ 短時間労働者(％未満) (※該当する場合は✓を入れてください。)		

		昭平	年 月 日	男・女	年 月 日	円		1. 月 給 ② その他 ()	本 俸 _____ 円 諸手当 _____ 円
〒 -		個人番号		TEL	- -		☐ 短時間労働者(％未満) (※該当する場合は✓を入れてください。)		

- 注 意
- ①被保険者氏名のフリガナは、カタカナで記入してください。
 - ②被保険者番号、標準報酬月額については記入しないでください。
 - ③生年・性別区分は○で囲んでください。
 - ④給与形態の諸手当には、通勤手当・家族手当・職務手当・資格手当・勤務手当等の合計額を記入し、無い場合は0円と記入してください。
 - ⑤月額者以外の方については、雇用契約書の写しを添付してください。
 - ⑥被保険者の住所は、第二住所(アパート名・室)まで記入してください。

受 付