

(事業所)
所在地 名称 事業主

事業所記号

常務理事	事務長	業務課長	係

令和 年 月 日 提出

正	健康保険 被保険者区分変更届	健保事務担当者確認欄 <input type="checkbox"/>
----------	-----------------------	-------------------------------------

1	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 1. 男 2. 女
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	⑧ 備考	

2	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 1. 男 2. 女
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	⑧ 備考	

3	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 1. 男 2. 女
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	⑧ 備考	

4	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 1. 男 2. 女
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	⑧ 備考	

5	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 1. 男 2. 女
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	⑧ 備考	

○この届出書は、「特定適用事業所」に使用される被保険者が「通常の労働者」から「短時間労働者」に変更した場合、又は「短時間労働者」から「通常の労働者」に変更する場合提出するものです。

(注意)
・この届出は正・副を作成して下さい。正の事業主印は省略できます。健保事務担当者確認欄には☑を付けて下さい。
・短時間労働者とは、健康保険法第3条第1項第9号に規定され、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」第2条に規定する「通常の労働者」の1週間の所定労働時間の4分の3未満である同条に規定する短時間労働者又は、その1月間の所定労働日数が同一の事業所に使用される通常の労働者の1月間の所定労働日数の4分の3未満に該当する短時間労働者のうち、以下の全ての要件を満たす者をいいます。
1. 週の所定労働時間が20時間以上であること
2. 賃金の月額が88,000円以上であること、ただし以下の①から④は除く
① 臨時に支払われる賃金
② 1月を超える期間毎に支払われる賃金
③ 所定外労働、休日労働および深夜労働に対して支払われる賃金
④ 最低賃金法において算入しないことを定める賃金
3. 学生でないこと
4. 従業員が101人以上の特定適用事業所に使用されていること。

受付印	
処理年月日	

(事業所)	
所在地 名称 事業主	殿

事業所記号		
-------	--	--

〒310-0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合 理事長

副 健康保険 被保険者区分変更確認通知書

1	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	歳	1. 男 2. 女
⑧備考						

2	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	歳	1. 男 2. 女
⑧備考						

3	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	歳	1. 男 2. 女
⑧備考						

4	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	歳	1. 男 2. 女
⑧備考						

5	① 被保険者番号	② フリガナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑥ 変更年月日	令和 年 月 日	⑦ 変更区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間労働者	歳	1. 男 2. 女
⑧備考						

○上記の者について、被保険者区分を変更したので通知します。

(注意)
・この届出は正・副を作成して下さい。正の事業主印は省略できます。健保事務担当者確認欄には印を付けて下さい。
・短時間労働者とは、健康保険法第3条第1項第9号に規定され、「短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律」第2条に規定する「通常の労働者」の1週間の所定労働時間の4分の3未満である同条に規定する短時間労働者又は、その1月間の所定労働日数が同一の事業所に使用される通常の労働者の1月間の所定労働日数の4分の3未満に該当する短時間労働者のうち、以下の全ての要件を満たす者をいいます。
1. 週の所定労働時間が20時間以上であること
2. 賃金の月額が88,000円以上であること、ただし以下の①から④は除く
①臨時に支払われる賃金
②1月を超える期間毎に支払われる賃金
③所定労外労働、休日労働および深夜労働に対して支払われる賃金
④最低賃金法において算入しないことを定める賃金
3. 学生でないこと
4. 従業員が101人以上の特定適用事業所に使用されていること。

確認印

令和5年5月改訂版