

(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 被保険者資格取得届	<input type="checkbox"/> 新規	健保事務担当者確認欄 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 訂正	

1	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② 刀がナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号					新規採用 <input type="checkbox"/>
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	再雇用 <input type="checkbox"/>
	⑪ 住所	住民票	〒 -	居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 -	契約・嘱託 <input type="checkbox"/>		

2	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② 刀がナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号					新規採用 <input type="checkbox"/>
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	再雇用 <input type="checkbox"/>
	⑪ 住所	住民票	〒 -	居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 -	契約・嘱託 <input type="checkbox"/>		

3	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② 刀がナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号					新規採用 <input type="checkbox"/>
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	再雇用 <input type="checkbox"/>
	⑪ 住所	住民票	〒 -	居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 -	契約・嘱託 <input type="checkbox"/>		

4	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② 刀がナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号					新規採用 <input type="checkbox"/>
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	再雇用 <input type="checkbox"/>
	⑪ 住所	住民票	〒 -	居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 -	契約・嘱託 <input type="checkbox"/>		

注意事項

- ・この届出書は、正・副2通とも提出して下さい。なお、事業主欄の事業主印は省略できます。
- ・健保事務担当者確認欄は必ず印を付けて下さい。
- ・届出内容に訂正等があった場合、訂正に印を付け、訂正箇所を赤字で記入し再提出して下さい。
- ・備考欄の「転入」は関連事業所間の転籍、茨城県厚生連および協同病院間の転籍（転勤）があった場合に記入して下さい。
- ・定年後再雇用の場合、労働契約書のコピーを添付して下さい。
- ・被保険者に家族がいる場合「被扶養者異動届」を併せて提出して下さい。

受付印
処理年月日

令和6年5月改訂版

(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 被保険者資格取得確認通知書

1	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② フリガナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号	1枚目のみ記入してください			
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	⑪ 住所	住民票	〒 - 1枚目のみ記入してください		居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 - 1枚目のみ記入してください	

2	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② フリガナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号	1枚目のみ記入してください			
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	⑪ 住所	住民票	〒 - 1枚目のみ記入してください		居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 - 1枚目のみ記入してください	

3	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② フリガナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号	1枚目のみ記入してください			
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	⑪ 住所	住民票	〒 - 1枚目のみ記入してください		居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 - 1枚目のみ記入してください	

4	① 被保険者番号	短時間労働者 <input type="checkbox"/>	② フリガナ氏名	③ 生年 昭和 <input type="checkbox"/> 年 月 日 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日	④ 年齢 歳	⑤ 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	⑫ 備考
	⑥ 取得年月日	令和 年 月 日	⑦ 個人番号	1枚目のみ記入してください			
	⑧ 報酬月額	⑦ 金銭 円 ⑧ 現物 円	⑨ 合計 0 円	⑨ 標準報酬月額	千円	⑩ 被扶養者 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	
	⑪ 住所	住民票	〒 - 1枚目のみ記入してください		居所 (住民票と同じ場合は、記入不要)	〒 - 1枚目のみ記入してください	

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3ヶ月以内に文書または口頭で社会保険審査官(地方厚生局内)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、再審査請求または処分の取り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ヶ月以内に文書また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ヶ月以内(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ヶ月以内)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、決定または裁決の日から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ヶ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。

確認印

令和6年5月改訂版