

届書コード
2 0 0

健康保険 被保険者資格取得届

2019年 4月 13日提出

提出者記入欄	健康保険事業所記号						
	厚生年金保険事業所整理記号	22	-	f e w d	事業所番号	13434	
	事業所所在地	〒 151 - 0051 東京都 渋谷区千駄ヶ谷					
	事業所名称	テスト株式会社					
	事業主氏名	ジョブカン代表 印					
電話番号	03 (1111) 2222						

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等
印

被保険者 1	① 被保険者証の番号			② 氏名	フリガナ ジョブカン タロウ 氏名 ジョブカン 一郎	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 0 2 0 2 0 6 9.令和	④ 種別	① 男 2.女	
	⑤ 取得区分	① 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号			⑦ 取得年月日	9.令和 3 1 0 1 1 1	⑧ 被扶養者	0.無 ① 有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円 ⑧ 現物 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) 円	標準報酬月額	厚	千円	備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】		
	⑪ 住所	〒 151 - 0051 トウキョウトシバクセンダガヤ 東京都 渋谷区千駄ヶ谷								

被保険者 2	① 被保険者証の番号			② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号			⑦ 取得年月日	9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円 ⑧ 現物 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) 円	標準報酬月額	厚	千円	備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】		
	⑪ 住所	〒 -								

被保険者 3	① 被保険者証の番号			② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号			⑦ 取得年月日	9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円 ⑧ 現物 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) 円	標準報酬月額	厚	千円	備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】		
	⑪ 住所	〒 -								

被保険者 4	① 被保険者証の番号			② 氏名	フリガナ 氏 名	③ 生年月日	5.昭和 年 月 日 7.平成 9.令和	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号			⑦ 取得年月日	9.令和 年 月 日	⑧ 被扶養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬月額	⑦ 通貨 円 ⑧ 現物 円	⑩ 合計 (⑦+⑧) 円	標準報酬月額	厚	千円	備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他 【 】		
	⑪ 住所	〒 -								

副

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

2019年 4月 13日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号		
	厚生年金保険 事業所整理記号	2 2	- f e w d 事業所 番号 1 3 4 3 4
	事業所 所在地	〒 151 - 0051 東京都 渋谷区千駄ヶ谷	
	事業所 名称	テスト株式会社	
	事業主 氏名	ジョブカン代表 様	
電話番号	03 (1111) 2222		

資格取得の確認および標準報酬の決定がなされたので通知します。

社会保険労務士記載欄 氏名等
(印)

被保険者 1	① 被保険者 証の番号	② フリガナ 氏名 氏 名	ジョブカン タロウ	③ 生年 月 日	5.昭和 平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	①月 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号		⑦ 取得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0.無 ①有	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	標準 報酬 月額 円	千円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []		
	⑪ 住所	〒 151 - 0051 トウキョウトシバクセンダガヤ 東京都 渋谷区千駄ヶ谷							

被保険者 2	① 被保険者 証の番号	② フリガナ 氏名 氏 名		③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号		⑦ 取得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	標準 報酬 月額 円	千円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []		
	⑪ 住所	〒 -							

被保険者 3	① 被保険者 証の番号	② フリガナ 氏名 氏 名		③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号		⑦ 取得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	標準 報酬 月額 円	千円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []		
	⑪ 住所	〒 -							

被保険者 4	① 被保険者 証の番号	② フリガナ 氏名 氏 名		③ 生年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1.男 2.女	
	⑤ 取得 区分	⑥ 個人 番号		⑦ 取得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0.無 1.有	
	⑨ 報酬 月額	⑦ 通貨 円	⑦ 合計 (⑦+⑧) 円	標準 報酬 月額 円	千円	⑩ 備考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []		
	⑪ 住所	〒 -							

ア、この宛先に不服のあるときは、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ヶ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。

イ、この通知書を受け取りましたら、すみやかに決定された標準報酬などをそれぞれの被保険者に通知してください。また、この通知書は完結となった日から起算して2年間は、事業主が保存してください。

様式コード			
2	2	0	0

厚生年金保険

被保険者資格取得届

2019年 4月 13日提出

提出者記入欄	健康保険 事業所記号	
	厚生年金保険 事業所整理記号	2 2 - f e w d 事業所 番号 1 3 4 3 4
	事業所 所在地	〒 151 - 0051 東京都 渋谷区千駄ヶ谷
	事業所 名称	テスト株式会社
	事業主 氏名	ジョブカン代表 (印)
電話番号	03 (1111) 2222	

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等
(印)

被保険者 1	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ ジョブカン 氏名 ジョブカン 名 タロウ 一郎	③ 生 年 月 日 5.昭和 平成 0 2 0 2 0 6 9.令和	④ 種 別 ①男 2.女
	⑤ 取 得 区 分	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 年 月 日 9.令和 3 1 0 1 1 1	⑧ 被 扶 養 者 ①有 0.無
	⑨ 報 酬 月 額	⑩ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []	
	⑪ 住 所	〒 151 - 0051 トウキョウトシバクセンダガヤ 東京都 渋谷区千駄ヶ谷		

被保険者 2	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ 氏名 名	③ 生 年 月 日 5.昭和 7.平成 9.令和	④ 種 別 1.男 2.女
	⑤ 取 得 区 分	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 年 月 日 9.令和	⑧ 被 扶 養 者 0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	⑩ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []	
	⑪ 住 所	〒 -		

被保険者 3	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ 氏名 名	③ 生 年 月 日 5.昭和 7.平成 9.令和	④ 種 別 1.男 2.女
	⑤ 取 得 区 分	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 年 月 日 9.令和	⑧ 被 扶 養 者 0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	⑩ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []	
	⑪ 住 所	〒 -		

被保険者 4	① 被保険者 整理番号	② 氏名 フリガナ 氏名 名	③ 生 年 月 日 5.昭和 7.平成 9.令和	④ 種 別 1.男 2.女
	⑤ 取 得 区 分	⑥ 個人番号 (基礎年金 番号)	⑦ 取 得 年 月 日 9.令和	⑧ 被 扶 養 者 0.無 1.有
	⑨ 報 酬 月 額	⑩ 備 考	該当する項目があれば○をしてください。 1. 70歳以上被用者該当 4. 退職後の継続再雇用者 2. 二以上事業所勤務者 5. その他 3. 短時間労働者 []	
	⑪ 住 所	〒 -		