

事業所番号				

**健康保険 被保険者資格取得届**  
(保険にはいるとき)

理事長	常務理事	事務長	担当者

正

被保険者番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	取得区分	個人番号		作成原因	資格取得の年月日	7. 通貨によるものの額 イ. 現物によるものの額 ウ. 合計	標準報酬月額	被扶養者の有無	マイナ保険証の有無	備考
					基礎年金番号								
フリガナ		昭和 平成 令和	男 女	新1				7	7	健 千円	有	有	
		年 月 日	住所					イ ウ	年 千円	( ) 人 無	無		
フリガナ		昭和 平成 令和	男 女	新1				7	7	健 千円	有	有	
		年 月 日	住所					イ ウ	年 千円	( ) 人 無	無		
フリガナ		昭和 平成 令和	男 女	新1				7	7	健 千円	有	有	
		年 月 日	住所					イ ウ	年 千円	( ) 人 無	無		
フリガナ		昭和 平成 令和	男 女	新1				7	7	健 千円	有	有	
		年 月 日	住所					イ ウ	年 千円	( ) 人 無	無		
フリガナ		昭和 平成 令和	男 女	新1				7	7	健 千円	有	有	
		年 月 日	住所					イ ウ	年 千円	( ) 人 無	無		

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

(令和 年 月 日提出分)  
上記のとおり資格取得および標準報酬の決定がなされたので通知します。

シチズン健康保険組合理事長

印