

健康保険被保険者資格取得届

(音羽健康保険組合)			(事業所)	
常務理事	事務長	係	責任者	係

記号	事業所名称																
00	会社名																
証番号	フリガナ	フリガナ	生年月日			性別	資格取得年月日			報酬月額	金銭によるものの額	標準報酬	被扶養	証発行			
100	姓	名	5.昭和	年	月	日	1.男	平成	年	月	日	00000	円	000	有	月	日
			7.平成	00	06	01	2.女		00	04	01			無		04	01
住所 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-1										電話番号 (000)(000)(0000)			所属コード 備考				
証番号	フリガナ	フリガナ	生年月日			性別	資格取得年月日			報酬月額	金銭によるものの額	標準報酬	被扶養	証発行			
	姓	名	5.昭和	年	月	日	1.男	平成	年	月	日		円		有	月	日
			7.平成				2.女							無			
住所 〒										電話番号 () () ()			所属コード 備考				
証番号	フリガナ	フリガナ	生年月日			性別	資格取得年月日			報酬月額	金銭によるものの額	標準報酬	被扶養	証発行			
	姓	名	5.昭和	年	月	日	1.男	平成	年	月	日		円		有	月	日
			7.平成				2.女							無			
住所 〒										電話番号 () () ()			所属コード 備考				
証番号	フリガナ	フリガナ	生年月日			性別	資格取得年月日			報酬月額	金銭によるものの額	標準報酬	被扶養	証発行			
	姓	名	5.昭和	年	月	日	1.男	平成	年	月	日		円		有	月	日
			7.平成				2.女							無			
住所 〒										電話番号 () () ()			所属コード 備考				
証番号	フリガナ	フリガナ	生年月日			性別	資格取得年月日			報酬月額	金銭によるものの額	標準報酬	被扶養	証発行			
	姓	名	5.昭和	年	月	日	1.男	平成	年	月	日		円		有	月	日
			7.平成				2.女							無			
住所 〒										電話番号 () () ()			所属コード 備考				

事業所名称	会社名
事業主氏名	〇〇〇〇

平成 年 月 日 提出
平成 年 月 日 受付

殿



被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書

うえのとおり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。

この資格並に標準報酬に関する処分に不服のある場合にはこの通知書を受けた日の翌日から起算して三ヶ月以内に口頭、又は、文書にて社会保険審査官に対し審査の請求ができます

平成 年 月 日

音羽健康保険組合
常務理事 樋口明彦