健康保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	課長	係長	係

受付

提出者記入欄

事業所記号	提出日　令和　　年　　月　　日
事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	

⑭同意欄について
健康保険法にもとづく給付金の受領を代表者に委任する同意欄。
但し任意継続被保険者資格を取得したときは自動的にこの委任を解消する。
※自署の場合、押印不要

被保険者1

① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	日	④ 性別 □ 男 □ 女
⑤ 区分	□ 一般 □ 短時間 □ 再雇用	⑥ 個人番号			⑦ 資格取得年月日	令和	年	月	日	⑧ 被扶養者 □ 無 □ 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐＋㋑) 円			⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 給与形態	□ 月給 □ 時給 □ 日給月給 □ 日給		
⑫ 住所	〒　　-									※住民票上の住所を記入して下さい。
⑬ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑭ 同意欄	委任受領に同意します。 ㊞				⑮ 備考			

被保険者2

① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	日	④ 性別 □ 男 □ 女
⑤ 区分	□ 一般 □ 短時間 □ 再雇用	⑥ 個人番号			⑦ 資格取得年月日	令和	年	月	日	⑧ 被扶養者 □ 無 □ 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐＋㋑) 円			⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 給与形態	□ 月給 □ 時給 □ 日給月給 □ 日給		
⑫ 住所	〒　　-									※住民票上の住所を記入して下さい。
⑬ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑭ 同意欄	委任受領に同意します。 ㊞				⑮ 備考			

被保険者3

① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	日	④ 性別 □ 男 □ 女
⑤ 区分	□ 一般 □ 短時間 □ 再雇用	⑥ 個人番号			⑦ 資格取得年月日	令和	年	月	日	⑧ 被扶養者 □ 無 □ 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 円 ㋑(現物) 円	㋒(合計㋐＋㋑) 円			⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 給与形態	□ 月給 □ 時給 □ 日給月給 □ 日給		
⑫ 住所	〒　　-									※住民票上の住所を記入して下さい。
⑬ 資格確認書発行要否	□ 発行が必要	⑭ 同意欄	委任受領に同意します。 ㊞				⑮ 備考			

新潟県農業団体健康保険組合

記　入　例

提出者記入欄		
事業所記号		提出日　令和　6　年　12　月　2　日
事業所所在地	〒　951　－　0000 新潟県新潟市〇〇区□□△△1-2-33	
事業所名称	〇〇〇〇農業協同組合	
事業主氏名	代表理事理事長　〇〇〇〇	

①被保険者番号および⑩標準報酬月額は決定後当組合で記入しますので記入しないでください。

⑭同意欄について
健康保険法にもとづく給付金の受領を代表者に委任する同意欄。
但し任意継続被保険者資格を取得したときは自動的にこの委任を解消する。
※自署の場合、押印不要

被保険者1								
① 被保険者番号		② 氏名	(フリガナ) ノウダン　タロウ (氏) 農団　(名) 太郎	③ 生年月日	□ 昭和 ☑ 平成 □ 令和　1 0 年　0 7 月　1 1 日	④ 性別	☑ 男　□ 女
⑤ 区分	☑ 一般 □ 短時間 □ 再雇用	⑥ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 〇 〇 〇 〇	⑦ 資格取得年月日	令和　0 6 年　1 2 月　0 1 日	⑧ 被扶養者	□ 無　☑ 有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨) 234,500 円 ㋑(現物) 0 円	㋒(合計㋐+㋑) 234,500 円		⑩ 標準報酬月額	千円	⑪ 給与形態	☑ 月給　□ 時給 □ 日給月給　□ 日給
⑫ 住所	〒　951　－　0000 新潟県新潟市〇〇区××町▽▽1−2−3						※住民票上の住所を記入して下さい。
⑬ 資格確認書発行要否	□　発行が必要	⑭ 同意欄	委任受領に同意します。　㊞	⑮ 備考			

給付金の受領を代表者に委任する同意欄に自署してください。<u>自署でない場合は押印が必要</u>です。

記　入　方　法

提出者記入欄　：　事業所記号は新規適用時または、名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。

①被保険者整理番号　：　提出順に被保険者整理番号を払い出ししますので、記入しないでください。

②氏名　：　氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日　：　年号は該当する□に☑を入れてください。生年月日は下図を参照し記入してください。

☑昭和 □平成 □令和	6	年 3	0	月 5	0	日 3

④性別　：　該当する□に☑を入れてください。

⑤区分　：　該当する□に☑を入れてください。定年退職後の再雇用の際は添付書類（①退職が確認できる書類、②再雇用が確認できる書類、確認できる書類がない場合は事業主の証明等）をご提出ください。

⑥個人番号　：　本人確認を行ったうえで、個人番号を必ず記入してください。

⑦資格取得年月日　：　適用事業所に使用されるに至った日（事実上の使用関係が発生した日）、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

⑧被扶養者　：　健康保険の被扶養者がある場合は「□有」を、ない場合は「□無」に☑を入れてください。
「☑有」の場合は『被扶養者（変更）届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額　：　「㋐（通貨）」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭（通貨）で支払われるすべての合計金額を記入してください。
※1　臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
※2　週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。
※3　実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1ヵ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。
「㋑（現物）」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭（通貨）以外で支払われるものについて記入してください。
現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事・住宅については都道府県ごとに定められた価格、その他被服等は時価により算定した額）を記入してください。

⑩標準報酬月額　：　健康保険組合で記入しますので、記入しないでください。

⑪給与形態　：　該当する□に☑を入れてください。

⑫住所　：　住所を必ず記入してください。※<u>**住民票情報と同じ住所**</u>を記入してください。

⑬資格確認書発行要否　：　資格確認書が必要な方は☑を入れてください。<u>**「資格確認書交付申請書」の添付**</u>が必要です。

⑭同意欄　：　健康保険法にもどづく給付金の受領を事業主に委任する同意欄です。自署の場合は押印不要です。