健康保険　被保険者資格取得届

事業所記号	

被保険者1

※被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	性別 □男 □女
資格取得年月日	令和　年　月　日	報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	※標準報酬月額	千円	被扶養者 □有 □無
居住市区町村		※市町村コード		個人番号		備考	□ 短時間労働者(3/4未満)

被保険者2

※被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	性別 □男 □女
資格取得年月日	令和　年　月　日	報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	※標準報酬月額	千円	被扶養者 □有 □無
居住市区町村		※市町村コード		個人番号		備考	□ 短時間労働者(3/4未満)

被保険者3

※被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	性別 □男 □女
資格取得年月日	令和　年　月　日	報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	※標準報酬月額	千円	被扶養者 □有 □無
居住市区町村		※市町村コード		個人番号		備考	□ 短時間労働者(3/4未満)

被保険者4

※被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	性別 □男 □女
資格取得年月日	令和　年　月　日	報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	※標準報酬月額	千円	被扶養者 □有 □無
居住市区町村		※市町村コード		個人番号		備考	□ 短時間労働者(3/4未満)

被保険者5

※被保険者番号		氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日	性別 □男 □女
資格取得年月日	令和　年　月　日	報酬月額	㋐通貨　円 ㋑現物　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	※標準報酬月額	千円	被扶養者 □有 □無
居住市区町村		※市町村コード		個人番号		備考	□ 短時間労働者(3/4未満)

●「※」欄は記入しないでください。

令和　年　月　日　提出

※受付日付印

事業主記入欄	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

社会保険労務士記載欄	

処理年月日　令和　年　月　日

※決裁欄	理事長	常務理事	事務長	係

(2022.4)

資格取得者用

委　任　状

群馬県農業団体健康保険組合より給付される下記①から⑨の各給付金の受領を、事業主である次の者に委任いたします。

①本人高額療養費　②合算高額療養費　③家族高額療養費　④一部負担還元金　⑤合算高額療養費付加金
⑥家族療養費付加金　⑦訪問（家族）看護療養費付加金　⑧出産育児一時金付加金　⑨家族出産育児一時金付加金

受任者	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	

	※被保険者番号	被保険者氏名
委任者		

●「※」欄は記入しないでください。

【事業主記載欄】

事業主の確認により本人署名を省略した場合は、下記にチェックをしてください。	
□	**本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。**

事業主記入欄	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	上記のとおり被保険者から申し出がありましたので提出します。

令和　　年　　月　　日　提出

(2022.4)

記入例

健康保険　被保険者資格取得届

事業所記号	901

資格取得日より5日以内に健保へ届くように、ご提出ください。

別紙『委任状』を添付してください。

基本給＋諸手当（家族・通勤・残業見込額等）を記入してください。

訂正時は訂正者のフルネーム、訂正日を記入してください。

「有」の場合は、『被扶養者届』を添付してください。

被保険者1																		
※被保険者番号		氏名	(フリガナ) ケンコウ / (氏) 健康	(フリガナ) タロウ / (名) 太郎	生年月日	☐昭和 ☑平成 ☐令和 7 7 7 ~~7 年 7 月 17~~ 日 R4.5.3 担当 太郎	性別	☑男 ☐女										
資格取得年月日	令和 4 年 5 月 1 日	報酬月額	㋐通貨 185,000 円 / ㋑現物 0 円	㋒(合計㋐＋㋑) 185,000 円	※標準報酬月額	千円	被扶養者	☑有 ☐無										
居住市区町村	前橋市	※市町村コード		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	備考	☐短時間労働者（3/4未満）

●「※」欄は記入しないでください。

事業主記入欄	
事業所所在地	●●市●●町●●番地
事業所名称	○○農業協同組合
事業主氏名	代表理事組合長　大地　耕作

社会保険労務士記載欄	

令和　4　年　5　月　1　日　提出

※受付日付印

処理年月日　令和　　年　　月　　日

※決裁欄	理事長	常務理事	事務長	係

(2022.4)

記入例

資格取得者用

委　　任　　状

群馬県農業団体健康保険組合より給付される下記①から⑨の各給付金の受領を、事業主である次の者に委任いたします。

①本人高額療養費　②合算高額療養費　③家族高額療養費　④一部負担還元金　⑤合算高額療養費付加金
⑥家族療養費付加金　⑦訪問（家族）看護療養費付加金　⑧出産育児一時金付加金　⑨家族出産育児一時金付加金

『被保険者資格取得届』に添付してご提出ください。

受任者	事業所所在地	●●市●●町●●番地
	事業所名称	○○農業協同組合
	事業主氏名	代表理事組合長　大地　耕作

	※被保険者番号	被保険者氏名
委任者		健康　太郎

●「※」欄は記入しないでください。

【事業主記載欄】

事業主の確認により本人署名を省略した場合は、下記にチェックをしてください。	
□	本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業主記入欄		上記のとおり被保険者から申し出がありましたので提出します。
	事業所所在地	●●市●●町●●番地
	事業所名称	○○農業協同組合
	事業主氏名	代表理事組合長　大地　耕作

令和　4　年　5　月　1　日　提出

(2022.4)