健康保険 被保険者資格取得届（６月分）（正）

2部提出

【ご注意】
定年再履用の場合は、被保険者及びその扶養家族の保険証を必ず添付してください。

事業所コード（5ケタ）	被保険者番号（最大4ケタ）	CPU処理
01004	1004	

二以上勤務者・短時間勤務者・再履用者に該当する場合は、必ず〇印をつけてください。

被保険者証 番号（最大6ケタ）	氏名（漢字9文字以内） フリガナ 姓	フリガナ 名	性別	生年月日 元号	年	月	日	資格取得日（和暦）	標準報酬月額	報酬月額		（該当する項目を〇で囲む）
123456	ケ 健保	花子	男・女	平・令	5	1	0 8 1 7	0 1 0 6 0 1	240 千円	イ	245,000 円	1.二以上勤務者 2.短時間勤務者 3.再雇用者
										ロ	0 円	
										ハ 合計	245,000 円	資格確認書発行要否 ☑
(※1)個人番号（マイナンバー）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0		住所	〒1 4 0 0 0 0 2 東京都品川区東品川1丁目1番地1号								
			男・女	昭・平					千円	イ	0 円	1.二以上勤務者 2.短時間勤務者
										ロ	0 円	
(※1)個人番号（マイナンバー）			住所									
			男・女	昭・平					千円	イ	円	1.二以上勤務者 2.短時間勤務者 3.再雇用者
										ロ	円	
										ハ	円	資格確認書発行要否 ☐
(※1)個人番号（マイナンバー）			住所	〒								
			男・女	昭・平					千円	イ	円	1.二以上勤務者 2.短時間勤務者
										ロ	円	
(※1)個人番号（マイナンバー）												

住民票上の住所を記入してください。（丁目・番地・号・大字等省略不可）

個人番号（マイナンバー）を必ず記入してください。

※ 下記の交付対象者のみ、レ点を付けてください。
【交付対象者】
- A マイナンバーカードを紛失した・更新中の方
- B 介助者などの第三者が本人に同行して資格確認の補助をする必要がある方
- C マイナンバーカードを取得していない方
- D マイナンバーカードを取得しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- E マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- F マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた方
- G マイナンバーカードを返納した方

日付の記入漏れにご注意ください。

この欄は事業主が記入してください。
（出向者は、出向元の事業所となります）

令和　1年　6月　3日

（※1）　個人番号（マイナンバー）（12桁）の記入が必須となりますのでご注意ください。
（※2）　氏名・住所は住民票上の氏名・住所を記入してください。
【注】 定年再履用者は、必ず本人及びその扶養家族の保険証を添付してください。

事業所名称	㈱JTB
住所・電話	東京都品川区東品川2-3-11，JTBビル4階 TEL：03-5796-5903
事業主氏名	代表取締役　〇〇　〇〇
担当者氏名	総務部　〇〇　〇〇
JTB内線	内線　：　4000

ジェイティービー健康保険組合
心と体の健康づくりを応援します

受付印

ア、この通知書のことでわからないことがあるときは当健康保険組合へお尋ねください。施行日（平成28年4月1日）以降に決定した処分に不服があるときは、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か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り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か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か月以内（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か月以内）に健康保険組合を被告として提起することができます。（但し、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か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ったら、速やかに確認された資格取得年月日及び決定された標準報酬を、それぞれの被保険者に通知してください。