

事業所記号	
-------	--

健康保険 被保険者資格取得届

常務理事	事務長	係員	係員

① 被保険者番号	② 被保険者氏名	③ 性別	④ 生年月日	⑤ 個人番号	⑥ 資格取得年月	⑦ 報酬月額	⑧ 金銭によるものの額 ロ. 現物によるものの額 計	⑨ 標準報酬月額額
⑤ 被保険者住所	〒	男1	昭5	新船員保険より 再雇の他	令和	①	円	円
		女2	平7					
⑩ 取得理由		⑪ 被扶養者		⑫ 備考		被保険証記号() 番号()		
⑤ 被保険者住所	〒	男1	昭5	新船員保険より 再雇の他	令和	①	円	円
		女2	平7					
⑩ 取得理由		⑪ 被扶養者		⑫ 備考		被保険証記号() 番号()		
⑤ 被保険者住所	〒	男1	昭5	新船員保険より 再雇の他	令和	①	円	円
		女2	平7					
⑩ 取得理由		⑪ 被扶養者		⑫ 備考		被保険証記号() 番号()		
⑤ 被保険者住所	〒	男1	昭5	新船員保険より 再雇の他	令和	①	円	円
		女2	平7					
⑩ 取得理由		⑪ 被扶養者		⑫ 備考		被保険証記号() 番号()		

令和 年 月 日 提出

受付日付印

(記入上の注意) 届書の作成は資格取得の月ごとに用紙を分けてください。
 本枠内はすべて読れなく記入してください。
 記入方法について不明なところがありましたら川崎汽船健康保険組合へお尋ねください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	印

社会保険労務士の提出代行者印