

常務理事	事務長	業務課長	課長代行	係長	担当

健康保険 資格取得届総括票 (WEB登録専用)

- ◇ 本書は、事業主印不要ですので、FAX送信してください。
- ◇ 氏名・住所欄において、外字のため「カナ」登録したとき以外は記入する必要はありません。
- ◇ 資格取得データの保険料システムへの取込は、翌日(休業日の場合はその翌日)となります。
- ◇ 厚生年金保険用の資格取得届を当組合で作成します。
- ◇ 短時間労働者に該当する場合は、チェックボックスにチェックし、提出してください。

事業所記号	WEB登録を行った日 平成 年 月 日	届出件数 (登録件数) 件	備 考		
番号は資格取得者 全員を記入	氏名を外字のため「カナ」で登録した 場合はその漢字をご記入ください。	被扶養者の有無	短時間労働者 (3/4 未満)	住所を外字のため「カナ」で登録した場合は その漢字をご記入ください。	
例) 123	タカハシ マナブ ⇒ 「高」橋 学	① ・ 無	該当する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	〇〇市△△町 1-1-1 ヤマザキ荘 ⇒ 山「崎」荘	
今回の届出により資格取得する者		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		
		有 ・ 無	<input type="checkbox"/>		

平成 年 月 日提出

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

[受付印]