

LIXIL健康保険組合 理事長 殿

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者資格取得届

令和 年 月 日 提出

健保組合受付印

提出者記入欄

事業所
記 号

事業所
所在地
事業所
名 称
事業主
氏 名
電話番号

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

〒 -

()

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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個人 番号				⑦ 取 得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦ (通貨) ㊦ (現物)		㊦ (合計㊦+㊦)			⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4. その他 ()				
	⑪ 住 所	住民票 〒 住所 〒 居所 〒						住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()				⑫ 資格確認書 発行要否

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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個人 番号				⑦ 取 得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦ (通貨) ㊦ (現物)		㊦ (合計㊦+㊦)			⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4. その他 ()				
	⑪ 住 所	住民票 〒 住所 〒 居所 〒						住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()				⑫ 資格確認書 発行要否

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	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個人 番号				⑦ 取 得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦ (通貨) ㊦ (現物)		㊦ (合計㊦+㊦)			⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4. その他 ()				
	⑪ 住 所	住民票 〒 住所 〒 居所 〒						住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()				⑫ 資格確認書 発行要否

被 保 険 者 4	① 被保険者 番号		② 氏名	(フリガナ) 氏名			③ 生 年 月 日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	④ 種別	1. 男 2. 女	
	⑤ 取 得 区 分	健保	⑥ 個人 番号				⑦ 取 得 年月日	9.令和	年 月 日	⑧ 被扶 養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報 酬 月 額	㊦ (通貨) ㊦ (現物)		㊦ (合計㊦+㊦)			⑩ 備 考	該当する項目を○で囲んでください。 1. 二以上事業所勤務者の取得 3. 退職後の継続再雇用者の取得 2. 短時間労働者の取得 (特定適用事業所等) 4. その他 ()				
	⑪ 住 所	住民票 〒 住所 〒 居所 〒						住所が空欄の場合は該当する項目を○で囲んでください。 1.海外在住 2.短期在留 3.その他 ()				⑫ 資格確認書 発行要否