

《記入例》

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|------------|-------------------------|-----------|---------------|----------------------------|---|--------------|-------------------------|--------|------|------|
| 事業所 記号 | 24 | ※1 | 受付印 | | | | | | | | | |
| 住所 | ●●県●●市●●町●丁目●●番地 | | | | | | | | | | | |
| 名称 | 株式会社 ●●●●●● | | | | | | | | | | | |
| 事業主氏名 | 代表取締役 ●●●●●● | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | ●●●● - ●●●● - ●●●● | | | | | | | | | | | |
| 令和●●年●●月●●日 提出 | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 1 | 理由 | 被保険者 番号 | 被保険者名 | 性別 | 生年月日 | 取得(該当)日 | 備考 | 被扶養者 | 取得日 | 個人番号確認 | | |
| | 入社 編入 | 8 | (フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 | 男 女 | 昭 平 令 | 年 月 日 3 4 6 令和 5 8 1 | 1. 70歳以上被用者該当 5. その他 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 | 1. 有 2. 無 | 事務処理日 | 入力者 | 確認者① | 確認者② |
| | 個人番号 (マイナンバー) | 報酬月額 | | マイナ保険証連携済 | 資格確認書 発行希望 | 住所 | 〒 179 - 0073 (フリガナ) トキョウトシツダ ヲクハヤクシヨウ シツ ヲクリサ-パ-ビル 東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル201 | | 電話番号 ●●●● - ●●●● - ●●●● | | | |

- ※1 事業主の情報を記入。※ゴム印可
- ※2 取得する被保険者の情報を記入。 ※被保険者番号を事業所で払い出ししていない場合は未記入。
- ※3 マイナンバー（12桁）を記入。※マイナンバー記載の住民票、又はマイナンバーカードの両面写しを添付。
- ※4 被扶養者がいる場合は、被扶養者異動届を別途提出。
届出用紙：マーキュリー健康保険組合HP → 届出申請書一覧ページ → 【01】被扶養者異動届 から用紙をダウンロード
※ページ内の記入例を参照し、扶養認定・提出書類確認シートで要件や必要書類を確認
- ※5 資格確認書の発行希望者は下段にチェックを記入。
※以下の方に資格確認書を発行します。
マイナンバーカード未所持・マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ・マイナ保険証未連携・マイナ保険証利用解除者

注1) グレー色の健保記入欄は、記載不要
 注2) 取得時訂正を行う場合、赤字で『訂正届』と記載し、誤った数字等の訂正内容を赤字で記載、備考その他に訂正理由を黒字で記載。
 取得(該当)日訂正が31日以上になる場合、理由書も添付すること。

(記入例)

| | |
|---|-------------------------|
| 印 | 訂正届 健康保険資格取得届 |
|---|-------------------------|

| | | | | | | |
|------------------|------------|-------|-----------|---------------|----------------------------|---|
| 理由 | 被保険者 番号 | 被保険者名 | 性別 | 生年月日 | 取得(該当)日 | 備考 |
| 入社 編入 | 8 | 健保 花子 | 男 女 | 昭 平 令 | 年 月 日 3 4 6 令和 5 8 1 | 1. 70歳以上被用者該当 5. その他 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 |
| 個人番号 (マイナンバー) | 報酬月額 | | マイナ保険証連携済 | 資格確認書 発行希望 | 住所 | 〒 179 - 0073 (フリガナ) トキョウトシツダ ヲクハヤクシヨウ シツ ヲクリサ-パ-ビル 東京都新宿区百人町1-22-17 新宿リサーチパークビル201 |