

事業所 記号	※1
住所	
名称	
事業主氏名	印
電話番号	

# 健康保険資格取得届

健康記入欄	常務理事	事務長	担当	担当

令和 年 月 日 提出

被保険者1	理由	被保険者番号	※2 被保険者名	性別	生年月日	取得(該当)日	備考	※4 被扶養者	健康記入欄	取得日			個人番号確認		
	入社・編入		(フリガナ)	男・女	昭・平・希	年 月 日	令和 年 月 日	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
	※3 個人番号(マイナンバー)							〒 - (フリガナ)		令和 年 月 日	令和 年 月 日				
	報酬月額	ア(通貨) 円 イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	マイナ保険証連携済 <input type="checkbox"/>	資格確認書発行希望 <input type="checkbox"/>	住所									電話番号 - -
被保険者2	理由	被保険者番号	※2 被保険者名	性別	生年月日	取得(該当)日	備考	※4 被扶養者	健康記入欄	取得日			個人番号確認		
	入社・編入		(フリガナ)	男・女	昭・平・希	年 月 日	令和 年 月 日	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
	※3 個人番号(マイナンバー)							〒 - (フリガナ)		令和 年 月 日	令和 年 月 日				
	報酬月額	ア(通貨) 円 イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	マイナ保険証連携済 <input type="checkbox"/>	資格確認書発行希望 <input type="checkbox"/>	住所									電話番号 - -
被保険者3	理由	被保険者番号	※2 被保険者名	性別	生年月日	取得(該当)日	備考	※4 被扶養者	健康記入欄	取得日			個人番号確認		
	入社・編入		(フリガナ)	男・女	昭・平・希	年 月 日	令和 年 月 日	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
	※3 個人番号(マイナンバー)							〒 - (フリガナ)		令和 年 月 日	令和 年 月 日				
	報酬月額	ア(通貨) 円 イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	マイナ保険証連携済 <input type="checkbox"/>	資格確認書発行希望 <input type="checkbox"/>	住所									電話番号 - -
被保険者4	理由	被保険者番号	※2 被保険者名	性別	生年月日	取得(該当)日	備考	※4 被扶養者	健康記入欄	取得日			個人番号確認		
	入社・編入		(フリガナ)	男・女	昭・平・希	年 月 日	令和 年 月 日	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
	※3 個人番号(マイナンバー)							〒 - (フリガナ)		令和 年 月 日	令和 年 月 日				
	報酬月額	ア(通貨) 円 イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	マイナ保険証連携済 <input type="checkbox"/>	資格確認書発行希望 <input type="checkbox"/>	住所									電話番号 - -

# 《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	健康 保 険 記 入 欄	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 希	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	令和 令和 令和	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ご記載ください。 ※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	<b>訂正届</b> 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	ケンボ ハナコ 健保 花子	男 女	昭 平 希	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