様式コード			
2	2	0	0

健康保険

被保険者資格取得届

常務理事	事務長	部長	課長	係長	主任	係員

令和　　年　　月　　日提出

提出者記入欄

健康保険被保険者記号

届出書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地　〒　　－

事業所名称

事業主氏名

電話番号　（　　）

受領者

受付印

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者1

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③ 生年月日		④ 種別	1.男　2.女
⑤ 取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日		⑧ 被扶養者	0. 無　1.有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩ 備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪ 住所	〒　－				⑫ 資格確認書発行要否	発行が必要	□

被保険者2

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③ 生年月日		④ 種別	1.男　2.女
⑤ 取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日		⑧ 被扶養者	0. 無　1.有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩ 備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪ 住所	〒　－				⑫ 資格確認書発行要否	発行が必要	□

被保険者3

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③ 生年月日		④ 種別	1.男　2.女
⑤ 取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日		⑧ 被扶養者	0. 無　1.有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩ 備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪ 住所	〒　－				⑫ 資格確認書発行要否	発行が必要	□

被保険者4

① 被保険者整理番号		② 氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③ 生年月日		④ 種別	1.男　2.女
⑤ 取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号		⑦ 取得年月日		⑧ 被扶養者	0. 無　1.有
⑨ 報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩ 備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪ 住所	〒　－				⑫ 資格確認書発行要否	発行が必要	□

様式コード			
2	2	0	0

健康保険

被保険者資格取得確認および標準報酬決定通知書

下記のとおり資格取得の確認および標準報酬が決定がしたので通知します。

令和　　年　　月　　日提出

東京織物健康保険組合理事長印

提出者記入欄

健康保険被保険者記号				
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	届出書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒　　－ （　　）			

社会保険労務士記載欄｜氏名等

被保険者1

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③生年月日		④種別	1.男　2.女
⑤取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号		⑦取得年月日		⑧被扶養者	0. 無　1.有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪住所	〒　－				⑫資格確認書発行要否	発行が必要	

被保険者2

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③生年月日		④種別	1.男　2.女
⑤取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号		⑦取得年月日		⑧被扶養者	0. 無　1.有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪住所	〒　－				⑫資格確認書発行要否	発行が必要	

被保険者3

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③生年月日		④種別	1.男　2.女
⑤取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号		⑦取得年月日		⑧被扶養者	0. 無　1.有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪住所	〒　－				⑫資格確認書発行要否	発行が必要	

被保険者4

①被保険者整理番号		②氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)	③生年月日		④種別	1.男　2.女
⑤取得区分	①. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥個人番号		⑦取得年月日		⑧被扶養者	0. 無　1.有
⑨報酬月額	㋐(通貨)　円 ㋑(現物)　円	㋒(合計㋐+㋑)　円	標準報酬月額	健　千円 年　千円	⑩備考	1.二以上事業所勤務者の取得 2.短時間労働者の取得(特定適用事業所等)	3.退職後の継続再雇用者の取得 4.その他（　）
⑪住所	〒　－				⑫資格確認書発行要否	発行が必要	

1. この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。
(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)
なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても提起することができます。
2. この通知を受け取ったら、すみやかに決定された事項を被保険者に通知してください。