

被保険者等記号

決裁日付印

決裁	常務理事	事務長	係	係

健康保険 被保険者資格取得届

所属	被保険者等番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得年月日	取得区分	(ア)通貨によるものの額	標準報酬月額	被扶養者の有無	備考	資格確認書発行要否
		フリガナ						(イ)現物によるものの額				
		氏	名					(ウ)合計				

				昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	入社 其他	(ア) 円 (イ) 円 (ウ) 円	千円	有・無	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 (3/4未滿)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
				昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	入社 其他	(ア) 円 (イ) 円 (ウ) 円	千円	有・無	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 (3/4未滿)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
				昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	入社 其他	(ア) 円 (イ) 円 (ウ) 円	千円	有・無	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 (3/4未滿)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
				昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	入社 其他	(ア) 円 (イ) 円 (ウ) 円	千円	有・無	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 (3/4未滿)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
				昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	令和 年 月 日	入社 其他	(ア) 円 (イ) 円 (ウ) 円	千円	有・無	<input type="checkbox"/> 短時間労働者 (3/4未滿)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

様式第三号 (第二十四条関係)

令和 年 月 日 提出

事業所の所在地及び名称



三井物産健康保険組合 理事長殿

事業主の氏名

提出期限…事実のあった日から5日以内

提出部数…1部