

# 健康保険 被保険者転入届

転入先の被保険者等記号(事業所記号)・被保険者等番号(被保険者の番号)を必ず記入

転動前の被保険者等記号(事業所記号)・被保険者等番号(被保険者の番号)を必ず記入

該当する性別と生年月日の元号にそれぞれチェック(✓)を入れること

転入先事業所の報酬月額を記入

短時間労働者に該当する場合は、必ずチェック(✓)を入れること

被保険者等記号	被保険者等番号	氏名		性別	生年月日	続柄	資格取得年月日	報酬月額	転動前記号	被保険者等番号	短時間労働者(3ヶ月以内の場合、✓を)	※該当する( )を記入		
602	1000	(フリガナ) ケンポ タロウ	(氏) 健保 (名) 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	本人 00	令和 6 年 12 月 1 日	220,000 円	601	2000	<input checked="" type="checkbox"/>			
住民票住所		〒 222 - 2222 ○○都○○区○○町3-3-3										資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要	
被扶養者	ケンポ	ハナコ	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	51 6 26	22	住民票住所	被保険者と同じ	別の場合	同列に記入した被扶養者の住民票住所が被保険者本人と同じ場合は必ずチェック(✓)を入れること			
	ケンポ	ヤスシ	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	15 7 27	31		被保険者と同じ	別の場合	〒 111 - 1111 ○○県○○市○○	資格確認書の発行が必要な場合は、チェック(✓)を入れること(併せて「資格確認書(再)交付申請書」も提出)		
	ケンポ	クミコ	長女	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	18 8 28	41		被保険者と同じ	別の場合	同上	資格確認書発行要否	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令				被保険者と同じ	別の場合			<input type="checkbox"/> 発行が必要
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令				被保険者と同じ	別の場合			<input type="checkbox"/> 発行が必要

転動前事業所在籍時より継続して加入する被扶養者がいる場合は必ず記入

同列に記入した被扶養者の住民票住所が1列上の被扶養者と同じ場合は、「同上」または「〃」を必ず記入

事業所所在地	○○県○○市○○1-2-3	事業所所在地等の事業所情報を記入
事業所名称	○○労災病院	
事業所長名	院長 ○○ ○○	

令和 6 年 12 月 1 日提出

提出年月日を記入

※受付印	※確認印