

## 健康保険 資格取得届総括表 ( WEB 登録専用 )

FAX 送信日      年   月   日

| 事業所記号             | WEB 登録を行った日                                   | 届出件数 ( 登録件数 )                                 | 備 考   |
|-------------------|---|---|---|
|                   | 年   月   日                                     | 件   |   |
| 番号は資格取得者<br>全員を記入 | <b>氏名</b> を外字のため「カナ」で登録した<br>場合はその漢字をご記入ください。 | 短時間労働者<br>( 3/4 未満 )                          | <b>住所</b> を外字のため「カナ」で登録した場合は<br>その漢字をご記入ください。 |
| 例 ) 123           | タカハシ マナブ<br>「高」橋 学                            | 該当する場合は、<br><input type="checkbox"/> を入れてください | 市   町 1-1-1 ヤマガキ荘      山「崎」荘                  |
| 今回の届出により資格取得する者   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |
|                   |   |   |   |

|        |   |
|--------|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称  |   |
| 事業主氏名  |   |
| 電話番号   |   |

**【留意事項】**

1. 本総括表は、資格取得データを WEB 登録にて行った場合に FAX 送信をお願いします。( 事業主印不要 )
2. 氏名・住所欄において、外字のため「カナ」登録したとき以外は記入する必要はありません。
3. 資格所得データの保険料システムへの取り込みは、WEB 登録日の翌日 ( 休業日の場合はその翌日 ) となります。
4. 厚生年金保険届出用の資格取得届は、当組合で作成されます。
5. 短時間労働者に該当する場合は、チェックボックス にチェックを入れてください。

伊藤忠連合健康保険組合  
TEL: 03(3662)9951  
FAX: 03(3662)9955