

## 健康保険資格取得連絡票

令和 年 月 日

下記の者は、令和 年 月 日 健康保険の被保険者資格を  
取得することを連絡します。

所在地 \_\_\_\_\_  
 事業所 名称 \_\_\_\_\_  
 代表者 \_\_\_\_\_ 印  
 TEL : \_\_\_\_\_ 担当 : \_\_\_\_\_

## 記

1	被保険者氏名 住 所	(氏名) _____ (住所) 気仙沼市	(西暦 年 月 日生) 男女
2	被保険者氏名 住 所	(氏名) _____ (住所) 気仙沼市	(西暦 年 月 日生) 男女
3	被保険者氏名 住 所	(氏名) _____ (住所) 気仙沼市	(西暦 年 月 日生) 男女
4	被保険者氏名 住 所	(氏名) _____ (住所) 気仙沼市	(西暦 年 月 日生) 男女
5	被保険者氏名 住 所	(氏名) _____ (住所) 気仙沼市	(西暦 年 月 日生) 男女
6	被保険者氏名 住 所	(氏名) _____ (住所) 気仙沼市	(西暦 年 月 日生) 男女

※複数の従業員が同日に健康保険・厚生年金等の被保険者資格を取得する場合、6名まで記載可。