

健康保険 新規適用届

常務理事	事務長	担当者

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

①※ 事業所の記号	事業の種類			②※ 適用年月日								
.....				令和.....年.....月.....日								
③ 郵便番号		④ 事業所所在地	フリガナ.....									
⑤ 事業所名称	フリガナ.....			⑥ 事業所の電話番号		(.....).....						
				内線 事務担当者		内線.....						
⑦ 事業主(又は 代表者氏名)	フリガナ.....			⑧ 現物 給与の種類	食 事1. 住 宅2. 被 服3.	定期券4. その他5. (.....)	⑨ 昇給月	1回目	2回目	3回目	4回目	
								月	月	月	月	
事業主(又は 代表者住所)	電話番号(.....).....			⑩ 賞与等支払予定月	1回目	2回目	3回目	4回目	⑪ 事業主 代理人	無0. 有1.		
					月	月	月	月				

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	

令和.....年.....月.....日 提出