

(様式第4号)

転勤先の被保険者証の記号と番号を記入してください。

# 健康保険組合被保険者転入届



転勤前の被保険者証の記号・番号を記入してください。

被保険者証記号	被保険者証番号
602	1000

性別と生年月日は、いずれかにチェック(✓)を入れてください。

転入先事業所で受ける報酬月額および標準報酬月額を記入してください。

短時間労働者に該当する場合は、必ずチェック(✓)を入れてください。

常務理事	被 保 険 者	被(フリガナ) ケンポ タロウ	性別	生年月日	続柄	資格取得年月日	報酬月額	標準報酬月額	転勤前の被保険者証記号	転勤前の被保険者証番号	短時間労働者(3/4未満)(※該当する場合は、✓を入れてください。)		
		(氏) 健保 (名) 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日 50 4 1	本人 0 0	年 月 日 5 12 1	円 千円 220,000 220	601 2000	<input checked="" type="checkbox"/>			
事務長	被 扶 養 者	住民票住所	〒 221-0021 神奈川県川崎市中原区木月住吉町1-1 総合研修センター 3階										
課 長		ケンポ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 51 6 26	妻 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と同じ場合は必ずチェック(✓)を入れてください。			
		ケンポ ヤスシ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 15 7 27	長男 31		被保険者と同じ	別の場合	〒 101-0041 東京都千代田区神田須田町2-6 ランディック神田ビル 5階			
		ケンポ グミコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日 18 8 28	長女 41		被保険者と同じ	別の場合	同上			
係 長			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日			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1列上の被扶養者と同じ場合は、「同上」または「#」を必ず記入してください。			
担 当		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 令	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日		被保険者と同じ		別の場合					

転勤前事業所在籍時より加入している被扶養者がいる場合は必ず記入してください。

事業所所在地 ○○県○○市○○1-2-3

事業所名称 ○○労災病院

事業所長名 院長 ○○ ○○

事業所所在地等の事業所情報を記入してください。

令和 5 年 12 月 1 日提出

提出年月日を記入してください。

※受付印

※確認印