様式第十五号（第百十五条関係）

（二ページから二十四ページまでの偶数のページ）

17日	18日	19日	20日
印	印	印	印
21日	22日	23日	24日
印	印	印	印
25日	26日	27日	28日
印	印	印	印
29日	30日	31日	はり付け枚数
印	印	印	級　枚 級　枚 級　枚 級　枚 級　枚 計　枚
			取扱者　㊞

月分印紙はり付け欄

1日	2日	3日	4日
印	印	印	印
5日	6日	7日	8日
印	印	印	印
9日	10日	11日	12日
印	印	印	印
13日	14日	15日	16日
印	印	印	印

（二ページから二十三ページまでの奇数のページ）

（表紙）

記号及び番号	

健康保険被保険者手帳

令和　年　月　日交付

氏　名	
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日
住　所	
居　所	
交付機関名	印

（裏表紙）

（被保険者の方へ）

1　健康保険が適用されている事業所に使用される日ごとに、かならず、この手帳を事業主に提出して、健康保険印紙のはり付けを受けてください。（提出しないときは、30万円以下の罰金に処せられます。）

2　この手帳では医療機関で受診することはできません。

3　この手帳は、受給資格者票に確認を受けるために必要ですから大切にしてください。

（事業主の方へ）

1　健康保険法第3条第2項の規定による被保険者を使用する日ごとに、かならず、この手帳を提出させなければなりません。これに違反したときは、6月以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられます。

2　健康保険法第3条第2項の規定による被保険者を使用する日ごとに、次の区分により、支払う賃金に応じた等級の印紙をはり付けて消印してください。

（等　級）	（賃　金　日　額）	
1		3,500円未満
2	3,500円以上	5,000円未満
3	5,000円以上	6,500円未満
4	6,500円以上	8,000円未満
5	8,000円以上	9,500円未満
6	9,500円以上	12,000円未満
7	12,000円以上	14,500円未満
8	14,500円以上	17,000円未満
9	17,000円以上	19,500円未満
10	19,500円以上	23,000円未満
11	23,000円以上	

3　印紙をはり付ける場合には、左ページの摘要欄により、介護保険第2号被保険者該当・非該当の別を確認してください。

4　消印は、あらかじめ年金事務所に届け出た印ではっきりと割印してください。

（二十六ページ）

（二十五ページ）

前6月分はり付け印紙枚数

年	月	級 枚数	級 枚数	級 枚数	級 枚数	級 枚数	計 枚数

取扱者印		摘要	該当・非該当年月日	区分		取扱者印
			：　：	該当	非該当	
			：　：	該当	非該当	

備考　1　この用紙は、A列6番とすること。
2　表紙の左端をとじこみとすること。
3　別途被保険者等に周知することにより、（事業主の方へ）又は（被保険者の方へ）を省略することができる。