（注2）
S C　XXXX

事業所整理記号　事業所番号　健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書　（注3）
99-XXXX　99999　XXXXXXXXXXXXX*

被保険者整理番号	被保険者氏名 / 郵便番号　被保険者住所	生年月日 / 標準報酬月額	種別（性別）	取得区分	資格取得年月日	基礎年金番号
ZZZZZ9	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX　健保：XXXX　厚年：XXXX 999-XXXX　XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX