記号	番号
93-	

様式業第2号1

被保険者資格取得届

※提出いただいた個人番号及び特定個人情報は、
法令に従い、健康保険の業務で利用します。
必要な範囲を超えて取り扱うことはいたしません。

※マイナンバーカードは有効期限内かつ
電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります

支部長	出張所長

※ 太ワクの中を記入してください

資格取得者氏名（フリガナ）	続柄	性別	生年月日	マイナンバー（個人番号）	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日		□有 □無
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日		□有 □無
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日		□有 □無
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日		□有 □無
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日		□有 □無

資格取得年月日
令和 年 月 日

身元確認
□運転免許証 □個人番号カード
□パスポート □その他（ ）

資格取得する理由	
□2. 被用者保険喪失（協会けんぽ・共済組合等）	□9. その他
□3. 生活保護廃止	□X. 当国保組合内での異動（組合員・家族 ⇒ 家族）
□4. 出生	□Z. 障害認定撤回により広域連合喪失
□6. 転入(公営国保喪失)	旧番号
□7. 他の国保組合喪失	（93- - ）

※同一世帯での取得であっても、取得日・取得理由が異なる場合は、
別々の届出書を使用してください。

上記のとおり届けます。

全国建設工事業国民健康保険組合　理事長殿

令和 年 月 日
組合員住所
組合員氏名（自署のみ）

納付保険料	区分	月分 ～ 月分	円	家族数 名 → 名
備　考				
（ ）同時				

本部登録	支部登録
・	・

支部受付日印

本部受付日印

② (R7.12)