

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。

支部長	出張所長
-----	------

※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です

※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	資格取得年月日	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	身元確認	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

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

※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							
② () 同時							

本部登録	支部登録
.	.

支部受付日印 本部受付日印