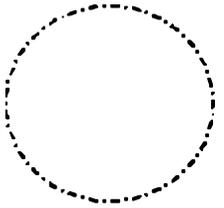


# 国民健康保険被保険者資格取得届

様式 1-2

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	処 理	賦課	お知らせ等	入力確認					
組合員 級区分	記号番号	新建		資格取得 年 月 日	令和	年 月 日	追加加入	法人事業所	個人事業所	その他					
級	現住所		資格 取 得 事 由						1. 転入 前住所 転入年月日 令和 年 月 日 2. 社会保 険離脱 事業所名 記号番号 離脱年月日 令和 年 月 日 3. 出生 出生年月日 令和 年 月 日 4. 生保廃止 廃止年月日 令和 年 月 日 5. 市町村 6. 国保組合 7. 後期高齢者医療制度の障がい認定申請撤回 8. その他(支部変更・組→家・世帯変更等)						
	フリガナ	性別										生年月日	組合員と の続柄	マイナンバーカードの健康 保険証利用登録の有無	本部使用欄 知 確
	被保険者となる者の氏名	男 女										昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
													個人番号		
		男 女										昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
													個人番号		
		男 女										昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
													個人番号		
上記のとおり届けます。								支部名		支部長印					
		令和 年 月 日		組合員住所		氏名		印							
新潟県建築国民健康保険組合 理事長様								(自署の場合は押印不要)							
								個人番号							

(注) 加入する被保険者の住民票を添付してください。社会保険離脱の場合は「2」の項目を全部記入してください。