

支部記入欄	地区コード	本部記入欄	区分	コード	個人番号登録年月日	交付年月日	内部異動	出産費	事業所コード
			法人 個人				家→ 家 組→ 家	あり なし	

組合使用欄

決裁欄	事務局長	係長	係

被保険者資格取得届 (家族用)

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

■ 下記のとおり届け出ます。

届出年月日	記号	番号	〒 - 電話番号 () -						
年 月 日	92-		都 道 府 県						
フリガナ	個人番号 (マイナンバー) ※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。								
氏名 (上段:フリガナ 下段:漢字) ※フリガナを必ずご記入ください。	続柄	性別	生年月日	取得年月日	取得理由 ※1	職業※2	全板国保内異動 ※申込理由0の場合 旧記号 旧番号	個人番号 (マイナンバー) ※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。	マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無
家		1男 2女	5昭和 7平成 9令和			3主婦 4学生 5自営業 6無職 7パート・アルバイト ()			有・無
族		1男 2女	5昭和 7平成 9令和			3主婦 4学生 5自営業 6無職 7パート・アルバイト ()			有・無
		1男 2女	5昭和 7平成 9令和			3主婦 4学生 5自営業 6無職 7パート・アルバイト ()			有・無

今まで加入していた保険について記入してください。

保険の名称	資格取得年月日	年 月 日	記号-番号	勤務先の名称

■ 事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所住所	事業所名	事業主の番号(5桁)	事業主氏名
〒 - 都 道 府 県 電話番号 () -			

注意事項

太枠の中を漏れなく記入してください。

※1. 取得理由欄には下記に該当する番号を記入してください。

- 0.全板国保の資格継続 1.転入・転居・世帯合併 2.健康保険等(社会保険)資格喪失 3.生活保護解除 4.出生 7.他国保組合資格喪失
9.その他 ()

※2. 職業欄 7に該当する方は()に勤務先名称を記入してください。

支部受付印	本部受付印