記しては何も記入しな細で家ながざさい	支	地区コード	本	区分	コード	個力	(番号登針	禄年月日	交付年	三月日	内部異真	助	出産費	事	業所	<u> </u>	3
	部記入欄			法人個人	にし	は	何	ŧ	記り	N 1	な細い	7	ありなけ	ごさ	V)		

 決
 事務局長
 係長

 裁

所属の支部へ提出する日をご記入ください

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

■ 下記めどおり届け出ます。

届出年月日		号	[∓] 100 [−]	0001	電話番	号(03)	1234 -	5678	
年 月 日 7 1 10	13 2 0	0 0 1			港	区三田	\bigcirc $-$	\bigcirc – \bigcirc	組合員のマイナンバーをご記入ください
カリガナ	<i>ተ</i> タカ" ネ	ツヨシ	•						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。
組合員	板金	強							1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2
氏名(上段:フリカ ※フリガナを必ずご	記入ください。		生年月日	取得年月日	取得理由 ※ 1	職業※ 2	全板国保 旧記号	内異動 ※申込理由0の場合 旧番号	☆ 個人番号(マイナンバー) マイナンバー) マイナンバーカード ※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。 保険証利用登録の有無
板金	マナフ"	1男572女9	四和 平成 令和 15 3 1			主婦 4 学生 5 自営 無職 7 パート・アルバイ			9 * 1 2 * 4 5 * 7 8 * 0 有無
家		1 男 ⁵ 7 9	昭和 平成 令和			主婦 4 学生 5 自営 無職 7 パート・アルバイ	業 ト)	取得される方の マイナンバーを	で記入ください
族		1 男 ⁵ 7 9	昭和 平成 令和			主婦 4 学生 5 自営 無職 7 パート・アルバイ	業	マイナンバ	シーカードの
		1男 57 2 女 9	昭和 平成 令和			主婦 4 学生 5 自営 無職 7 パート・アルバイ		保険証利用 していない	登録をしている場合は「有」、 場合は「無」に○印をご記入ください。
今まで加入していた	保険について記入して	てください。							
保険の名称	横浜市国	3保	資格取得年月日	5	年 4 月	1 🛮	2号-番号	45 * 78	*01 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
〒 189 - 0073 電話番号 (03) 3453 - 8404 東京 港区三田▲ - ▲ - ▲	夢板金工業	1 0 0 0 1	屋根 登

↑ 事業主が上記のマイナンバーを確認の上、ご記入ください

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。

