

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	

決裁欄	事務局長	係長	係

組合使用欄

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

■ 下記のおり届けます。

届出年月日	記号	番号	〒	100 - 0001	電話番号 (03)	1234 - 5678
年 月 日	92-			東京	都府県	港区三田 ○ - ○ - ○
7 1 10	13	2 0 0 0 1				
フリガナ	イカネ ツシ					個人番号 (マイナンバー)
	板金 強					※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。
						1 * 3 4 * 6 7 * 9 0 * 2

組合員のマイナンバーをご記入ください

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		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
							旧記号	旧番号		
イカネ マブ 板金 学	弟	1男 2女	5昭和 7平成 9令和 15 3 1		1 6無職	3主婦 4学生 5自営業 7パート・アルバイト ()			9 * 1 2 * 4 5 * 7 8 * 0	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
		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 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
		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 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
		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 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>

取得される方のマイナンバーをご記入ください

マイナンバーカードの保険証利用登録をしている場合は「有」、していない場合は「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ください。

保険の名称	横浜市国保	資格取得年月日	5年 4月 1日	記号-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 東京 都府県 港区三田 ▲ - ▲ - ▲	電話番号 (03) 3453 - 8404 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。

支部受付印		本部受付印	
-------	--	-------	--