

月分 保険料で調整	<input type="checkbox"/> 組織内 <input type="checkbox"/> 確定申告書 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> 建退共	支部欄	本部欄	届出枚数 / 枚
--------------	---	-----	-----	-------------

支部(組合)宛送付を希望

## 国民健康保険被保険者資格取得届 (新規)

記号番号	建 ー	資格取得日	年 月 日	適用除外	承認証	補助率	保険料		
フリガナ		性別	生年月日	職 種	班 番 号	職 層 区 分			
氏 名	姓 名	男・女	S・H・R 年 月 日	コード		1. 事業主 2. 一人親方 3. 従業員			
住所	〒 ※マンション、アパート名までご記入ください					TEL			

下記の通り届け出ます。

書き方	フリガナ 被保険者氏名	組合員 との 続 柄	性 別	生 年 月 日	保マ 険イ 証ナ	職 業	資 格 取 得 理 由
1	マイナンバー	組合員	男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		1. 社会保険脱退 種類(事業所名)  記号番号
2			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		2. 市町村国保脱退 ( 市・町・村 )
3			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		3. 出 生 4. 生活保護廃止
4			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		5. その他 ①独 立 建 ー より ②単組間移動 建 ー より ③他建設国保より ( ) ④他国保組合より ( ) ⑤その他 ( )
5			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		
6			男・女	S・H・R 年 月 日	有・無		

加入申込日

長野県建設国民健康保険組合理事長 殿

年	月	日
---	---	---

確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(組合員・他) <input type="checkbox"/> 運転免許証(組合員・他) <input type="checkbox"/> その他( )	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 ( )	身元確認者	
------	---	-----	---	-------	--

※今回の申請で皆さんから届け出いただいた個人情報(国保事業以外)には使用しません。  
 ※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。