

月分  
保険料で調整

支部欄

本部欄

届出枚数  
 / 枚

### 国民健康保険被保険者資格取得届 (追加・再交付)

組合員(住民票表記)宛送付を希望

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		
			有・無		一般				特定			
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		
マイナンバー												
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			職 業	資 格 取 得 理 由	
		マ イ ナ ン バ ー						1. 社会保険脱退 種類(事業所名)	
1			男 女	S・H・R 年 月 日				記号・番号	
2			男 女	S・H・R 年 月 日				2. 市町村国保脱退 ( 市・町・村)	
3			男 女	S・H・R 年 月 日				3. 出生	
								4. 生活保護廃止	
4			男 女	S・H・R 年 月 日				5. その他 ①建設国保の他世帯より、 当該世帯へ	
							建 ー ー ー ー ー ー ー	より	
5			男 女	S・H・R 年 月 日				②再交付の場合	
							建 ー ー ー ー ー ー ー	より	
6			男 女	S・H・R 年 月 日				③他の国保組合より ( )	
								④その他 ( )	

届出日  

年 月 日
-------

### 長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

(届出日は必ず記入すること)

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 <input type="checkbox"/> ( )	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は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。