様式第１号

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

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			

記号番号	建　－

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 マイナンバー	組合員との続柄	性別	生年月日	職業
1			男・女	S・H・R　年　月　日	
2			男・女	S・H・R　年　月　日	
3			男・女	S・H・R　年　月　日	
4			男・女	S・H・R　年　月　日	
5			男・女	S・H・R　年　月　日	
6			男・女	S・H・R　年　月　日	

資格取得理由

1．社会保険脱退
種類（事業所名）
記号・番号

2．市町村国保脱退
（　　市・町・村）

3．出　生

4．生活保護廃止

5．その他
①建設国保の他世帯より、当該世帯へ
建　－　より
②再交付の場合
建　－　より
③他の国保組合より
（　　）
④その他
（　　）

届出日
年　月　日
（届出日は必ず記入すること）

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

確認書類	□ マイナンバーカード（ 組合員 ・ 他 ） □ 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） □ その他（　　）	届出人	□ 組合員 □ 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。

22. 5. 2×50×50