

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)

記号 番号	建 -	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 姓	名	男・女	昭 平 年 月 日			1. 事業主 2. 一人親方 3. 従業員
マイ ナンバー				コードNo		

住 所	※マンション、アパート名までご記入下さい						TEL
							()

下記の通り届け出ます。

書き方	フリガナ		組合員との 続柄	性別	生年月日	職 業	資格取得理由		
	被保険者氏名								
1	マ	イ	ナ	ン	バ	ー	男・女	S・H 年 月 日	1. 社会保険脱退 種類(事業所名) 記号・番号
2							男・女	S・H 年 月 日	2. 市町村国保脱退 (市・町・村)
3							男・女	S・H 年 月 日	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
4							男・女	S・H 年 月 日	②再交付の場合 建 - より
5							男・女	S・H 年 月 日	③他の国保組合より () ④その他 ()

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

届出日 年 月 日

(届出日は必ず記入すること)

処理年月日 年 月 日

組合名及び理事(組合長)氏名	確 認 者	身 元	確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (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 ()	

※長建国保では、今回の申請で組合員の皆さんから届け出いただいた個人情報、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、国民健康保険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。