

伺	決裁年月日		令和 年 月 日			令和 年 月 日	
	副理事長	常務理事	事務局長	主任	係	支部長	係

国民健康保険被保険者資格取得届

支部番号	記号番号*				資格取得年月日	*令和 年 月 日	
労働災害保険加入	有 無	前期高齢割合変更	有 無	保険料ランク	ランク変更	有 無	加入区分
フリガナ 被保険者となる者の氏名		組合員との続柄	性別	生年月日	職業	マイ保険証 割合 高額	資格取得理由
1	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	市町村国保脱
2	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	社会保険脱 (名称を記入)
3	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	国保組合脱
4	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	
5	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	
6	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	生活扶助止
7	個人番号		男・女	昭平令 年 月 日		有・無	出生 その他

上記のとおり届けます。

なお、資格取得時において健康保険が適用されるべき事業所(健保適用除外事業所を除く)の常勤役員または常用労働者ではありません。

令和 年 月 日

組合員住所
氏名
電話番号
個人番号

以前三建国保被保険者
有 無

三重建労加入年月日
年 月 日

三重県建設国民健康保険組合理事長 殿

※印の欄は記入しないで下さい。○住民票を添付して下さい。○裏面も必ずお読み下さい。

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確・郵
組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()