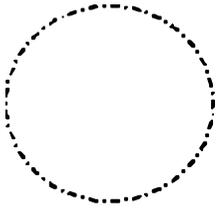


記入例

国民健康保険被保険者資格取得届

様式 1-2

決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係	処 理	賦課	お知らせ等	入力確認	
組合員 級区分	記号番号	新建	123456		資格取得 年月日	令和 6 年 12 月 1 日	追加加入	法人事業所	個人事業所	その他	
1 級	現住所	新潟市中央区川岸町3丁目17-2						資 格 取 得 事 由	1. 転入 前住所 転入年月日 令和 年 月 日		
	フリガナ 被保険者となる者の氏名	性別	生年月日	組合員と の続柄	マイナンバーカードの健康 保険証利用登録の有無	本部使用欄 知 確	② 社会保 険離脱 事業所名 株式会社新潟マーケット 記号番号 0098765-43 離脱年月日 令和 6 年 11 月 30 日				
	ケンチク ハナコ 建築 花子	男 女	昭・平・令 55 年 12 月 25 日	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. 出生 出生年月日 令和 年 月 日				
	ケンチク ジロウ 建築 次郎	男 女	昭・平・令 18 年 11 月 22 日	子	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. 生保廃止 廃止年月日 令和 年 月 日				
		男 女	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. 市町村				
		男 女	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. 国保組合				
		男 女	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. 後期高齢者医療制度の障がい認定申請撤回				
		男 女	昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. その他(支部変更・組→家・世帯変更等)				
上記のとおり届けます。								支部名		支部長印	
								組合員住所	新潟市中央区川岸町3丁目17-2		
令和 6 年 12 月 10 日								氏名	建築 太郎 印		
新潟県建築国民健康保険組合 理事長様								(自署の場合は押印不要)			
								個人番号			

(注) 加入する被保険者の住民票を添付してください。社会保険離脱の場合は「2」の項目を全部記入してください。