

記号	番号
88 - 00	000

被保険者資格取得届

(追加加入)

※決裁	理事	局長	次長	課長	課長補佐	担当

組合員氏名		個人番号(マイナンバー) <small>※12桁の個人番号を間違いないようにご記入ください。</small>		組合員住所						
職能 太郎		個人番号(マイナンバー)欄は特定個人情報の漏えい防止・保護の為、2枚目用紙にのみご記入ください。		〒162-0843 東京都 新宿区 市谷田町2丁目 26番地						
加入する被保険者氏名				続柄	性別	生年月日	資格取得年月日	取得理由	職業	使用される事業所名
フリガナ	氏名					元号 年 月 日	年 月 日			
姓	名					昭和 年 月 日				
しょうのう	はなこ			妻	女	5 昭和 年 月 日		イ		
職能	花子					7 平成 45 6 7		無		
						9 令和		口		
						5 昭和		有		
						7 平成		ハ		
						9 令和		バ		

該当する加入理由の番号に○をしていただき、該当日を記入してください。

- 太線わく内の諸事項について記入・○印をしてください。
- 職業欄は、イ(学生・主婦・無職の方)、ロ(自営業・事業所等に使用されている方)、ハ(パート・アルバイトの方)に○印をしてください。
- 使用される事業所名欄は、職業欄のロとハに○印をした方について記載してください。
- 続柄が記載されている世帯全員の住民票(住民票謄本)を必ず添付してください。

(加入理由)	
0 組合内異動 (年 月 日)	88 - 月 日 より
2 社会保険離脱 (令和4年 4 月 1 日)	社会保険喪失証明書を添付してください。
3 生活保護廃止 (年 月 日)	生活保護廃止証明書を添付してください。
4 出生 (年 月 日)	出生を確認できる書類を添付してください。
7 他国保組合離脱 (年 月 日)	他の国保組合の喪失証明書を添付してください。
9 その他 (年 月 日)	

※事業主のかたは、組合員の個人番号及び本人(身元)確認を実施のうえ、2枚目の「★事業主確認欄」に必ず署名をお願いします。

被保険者証交付年月日	受付年月日
年 月 日	年 月 日
※本部受付日	

支部受付日	令和4年 4 月 5 日
所属支部名	〇〇〇〇組合

上記のとおり申請します。 令和4年 4 月 3 日

東京建設職能国民健康保険組合理事長殿

記 号	番 号
88 - 00	000

被保険者資格取得届

(追加加入)

※ 決裁	理事	局長	次長	課長	課長補佐	担当

組 合 員 氏 名		個人番号(マイナンバー) <small>※12桁の個人番号を間違いないようにご記入ください。</small>						組 合 員 住 所								
職能 太郎		0000000000000000						〒162-0843 東京都 新宿区 市谷田町2丁目26番地								
加入する被保険者氏名		個人番号(マイナンバー) <small>※12桁の個人番号を間違いないようにご記入ください。</small>						総 柄	性 別	生 年 月 日		資 格 取 得 年 月 日	取 得 理 由	職 業	使 用 さ れ る 事 業 所 名	
フリガナ	姓 名									元 号 年 月 日		年 月 日				
しよくのう	はなこ	1111111111111111						妻	女	5 昭和 7 平成 9 令和		45 6 7			イ無 口有	
職能	花子													イ無 口有	ハパートアルバ	
														イ無 口有	ハパートアルバ	
														イ無 口有	ハパートアルバ	
														イ無 口有	ハパートアルバ	
														イ無 口有	ハパートアルバ	
														イ無 口有	ハパートアルバ	
														イ無 口有	ハパートアルバ	

組合員、加入する被保険者全員の個人番号を必ずご記入ください。

事業主の方は、本人確認後にご署名をお願いいたします。
申請者が事業主の場合も必須です。

MENU[10]	(保険料)	(介護分)	
組合員	年 月	合 計 (*)	保 険 料
1			
		医療分	支援金分

*内訳

★事業主確認欄		
上記の者は、個人番号及び本人(身元)確認をしましたので右記に署名します。		
0	組 合 内 異 動 (年 月 日)	88 - . ぶり
2	社 会 保 険 離 脱 (令和4年 4 月 1 日)	社会保険喪失証明書を添付してください。
3	生 活 保 護 廃 止 (年 月 日)	生活保護廃止証明書を添付してください。
4	出 生 (年 月 日)	出生を確認できる書類を添付してください。
7	他 の 国 保 組 合 離 脱 (年 月 日)	他の国保組合の喪失証明書を添付してください。
9	そ の 他 (年 月 日)	

事業所住所・事業所名
〒111-1111 東京都千代田区千代田〇-〇 □□建築
事業主氏名
千代田 造家

被保険者証交付年月日	受付年月日
年 月 日	年 月 日

※本部受付日

支部受付日	令和4年 4 月 5 日
所属支部名	〇〇〇〇組合

上記のとおり申請します。 令和4年 4 月 3 日

東京建設職能国民健康保険組合理事長殿