様式４－２

支部記入欄	地区コード	本部記入欄	区分	コード	個人番号登録年月日	交付年月日	内部異動	出産費	事業所コード	再認
			法人・個人				家→　家 組→　家	あり なし		□

組合使用欄

決裁欄	事務局長	係長	係

被保険者資格取得届（家族用）

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

■ 下記のとおり届け出ます。

届出年月日	記号	番号	〒　－　電話番号（　）　－
年　月　日	92-		都道府県

組合員	フリガナ	個人番号（マイナンバー）※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。

	氏名（上段：フリガナ　下段：漢字）※フリガナを必ずご記入ください。	続柄	性別	生年月日	取得年月日	取得理由※１	職業※２	全板国保内異動 ※申込理由0の場合 旧記号	全板国保内異動 ※申込理由0の場合 旧番号	個人番号（マイナンバー）※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。	マイナンバーカードの保険証利用登録の有無
家族			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和			3 主婦　4 学生　5 自営業 6 無職　7 パート・アルバイト （　）				有 ・ 無
			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和			3 主婦　4 学生　5 自営業 6 無職　7 パート・アルバイト （　）				有 ・ 無
			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和			3 主婦　4 学生　5 自営業 6 無職　7 パート・アルバイト （　）				有 ・ 無
			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和			3 主婦　4 学生　5 自営業 6 無職　7 パート・アルバイト （　）				有 ・ 無

今まで加入していた保険について記入してください。

保険の名称		資格取得年月日	年　月　日	記号－番号		勤務先の名称	

■ 事業主確認欄　　上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所住所	事業所名	事業主の番号(5桁)	事業主氏名
〒　－　電話番号（　）　－ 都道府県			

注意事項
太枠の中を漏れなく記入してください。
※１．取得理由欄には下記に該当する番号を記入してください。
0.全板国保の資格継続　1.転入・転居・世帯合併　2.健康保険等（社会保険）資格喪失　3.生活保護解除　4.出生　7.他国保組合資格喪失
9.その他（　）
※２．職業欄　7 に該当する方は（　）に勤務先名称を記入してください。

支部受付印		本部受付印	