

(2部複写)

事業所 記号		組合員 番号	
-----------	--	-----------	--

# 第一種 組合員加入届(後期高齢被保険者用)

組合 処理 欄	確認者印	入力者印
---------------	------	------

フリガナ 組合員氏名		職種	性別	生年月日	加入年月日	国籍	在留資格	在留期間(西暦)	世帯主
			1 男 2 女	3 大 5 昭				自 2 0 至 2 0	1
			個人番号						

住所	〒 - 都道府県							備考
----	----------	--	--	--	--	--	--	----

フリガナ 被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	職業	国籍	在留資格	在留期間(西暦)	世帯主	備考
		個人番号		資格確認書発行要否					
		1 男 2 女	5 昭 9 令 7 平				自 2 0 至 2 0	1	
				<input type="checkbox"/> 発行が必要					
		1 男 2 女	5 昭 9 令 7 平				自 2 0 至 2 0	1	
				<input type="checkbox"/> 発行が必要					
		1 男 2 女	5 昭 9 令 7 平				自 2 0 至 2 0	1	
				<input type="checkbox"/> 発行が必要					
		1 男 2 女	5 昭 9 令 7 平				自 2 0 至 2 0	1	
				<input type="checkbox"/> 発行が必要					

郵便番号: 〒 -

所在地: \_\_\_\_\_

名称: \_\_\_\_\_

事業主氏名: \_\_\_\_\_

上記のとおり加入いたしたく届けます。

令和 年 月 日 全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

(注) 1 「国籍」、「在留資格」及び「在留期間」欄は、日本国籍を有しない者について記入してください。  
 なお、在留資格が「特定活動」の場合、本邦において行う活動内容を「在留資格」欄に記入してください。  
 2 組合員が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けているときは、その事実を証明する書類を添付してください。  
 3 「資格確認書発行要否」欄は、資格確認書の発行が必要な場合(※)、レを入れてください。  
 ※以下に該当する場合に限ります。  
 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者  
 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者  
 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者  
 4 この届書は2部とも組合に提出してください。

(2部複写)

事業所 記号		組合員 番号							
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--

# 第一種 組合員加入届(後期高齢被保険者用)

フリガナ 組合員氏名		職種	性別	生年月日			加入年月日	国籍	在留資格	在留期間(西暦)			世帯主
			1 男 2 女	3 大 5 昭						自	2 0	年 月 日	1
			個人番号							至	2 0		

住所	〒 - 都道府県								備考
----	----------	--	--	--	--	--	--	--	----

フリガナ 被保険者氏名	続柄	性別	生年月日			職業	国籍	在留資格	在留期間(西暦)			世帯主	備考
		個人番号			資格確認書発行要否	自			年	月	日		
		1 男 2 女	5 昭 7 平	9 令					自	2 0	年 月 日	1	
						<input type="checkbox"/> 発行が必要			至	2 0			
		1 男 2 女	5 昭 7 平	9 令					自	2 0	年 月 日	1	
						<input type="checkbox"/> 発行が必要			至	2 0			
		1 男 2 女	5 昭 7 平	9 令					自	2 0	年 月 日	1	
						<input type="checkbox"/> 発行が必要			至	2 0			
		1 男 2 女	5 昭 7 平	9 令					自	2 0	年 月 日	1	
						<input type="checkbox"/> 発行が必要			至	2 0			

郵便番号: 〒 -

所在地: \_\_\_\_\_

名称: \_\_\_\_\_

事業主氏名: \_\_\_\_\_ 様

上記のとおり受理しました。

令和 年 月 日 全国土木建築国民健康保険組合理事長

(注) 1 「国籍」、「在留資格」及び「在留期間」欄は、日本国籍を有しない者について記入してください。  
 なお、在留資格が「特定活動」の場合、本邦において行う活動内容を「在留資格」欄に記入してください。  
 2 組合員が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けているときは、その事実を証明する書類を添付してください。  
 3 「資格確認書発行要否」欄は、資格確認書の発行が必要な場合(※)、レを入れてください。  
 ※以下に該当する場合に限ります。  
 ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者  
 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者  
 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者  
 4 この届書は2部とも組合に提出してください。