# 被保険者資格取得届

No.

| | |
|---|---|
| 被保険者記号番号 | 浴国 |
| 資格取得年月日 | 令和　　年　　月　　日 |

| | フリガナ<br>氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | （昭　平　令）　年　月　日 |
| | 個人番号（マイナンバー） | マイナ保険証 利用登録の有無 | | 有　・　無 |
| 2 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | （昭　平　令）　年　月　日 |
| | 個人番号（マイナンバー） | マイナ保険証 利用登録の有無 | | 有　・　無 |
| 3 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | （昭　平　令）　年　月　日 |
| | 個人番号（マイナンバー） | マイナ保険証 利用登録の有無 | | 有　・　無 |
| 4 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | （昭　平　令）　年　月　日 |
| | 個人番号（マイナンバー） | マイナ保険証 利用登録の有無 | | 有　・　無 |
| 5 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | （昭　平　令）　年　月　日 |
| | 個人番号（マイナンバー） | マイナ保険証 利用登録の有無 | | 有　・　無 |

令和　　年　　月　　日

住　所　〒

氏　名

個人番号（マイナンバー）

電話番号

事業所名　　個人 ・ 法人

大阪府浴場国民健康保険組合　　理事長　様

※マイナ保険証に登録されている場合原則[資格確認書]は発行いたしませんので、交付申請をお願いします。

| | |
|---|---|
| 1 | 転入 |
| 2 | 社保離脱 |
| 3 | 出産 |
| 4 | 生保廃止 |
| 5 | その他 |

| 事務長 | 担当 | 加入者登録 | 副本登録 | 出産登録 | 人数 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 介護保険者<br>□A　□A<br>□B　名　□B　名<br>□C　名　□C　名<br>□(C)　名　□(C)　名 |

| 台帳 | 請求 | 異動 | 元帳 | 入力 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 共通 | □ 24,000円<br>□ 10,000円　名<br>□ 9,000円　名<br>□ 3,000円　名　月分 |