

# 被 保 険 者 資 格 取 得 届

No.

被 保 険 者 証 記 番 号		浴 国		号	
資 格 取 得 年 月 日		令 和 年 月 日			
フリガナ 氏 名		性別	続 柄	生 年 月 日	資格取得理由
1				(昭 平 令) 年 月 日	1 転入
	個人番号 (マイナンバー)				
2				(昭 平 令) 年 月 日	2 社保離脱
	個人番号 (マイナンバー)				
3				(昭 平 令) 年 月 日	3 出産
	個人番号 (マイナンバー)				
4				(昭 平 令) 年 月 日	4 生保廃止
	個人番号 (マイナンバー)				
5				(昭 平 令) 年 月 日	5 その他
	個人番号 (マイナンバー)				
令 和 年 月 日 住 所 〒  氏 名  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                     個人番号 (マイナンバー)                 </div> 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		
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 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B 名 <input type="checkbox"/> B 名 <input type="checkbox"/> C 名 <input type="checkbox"/> C 名 <input type="checkbox"/> (C) 名 <input type="checkbox"/> (C) 名
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考
				共通	<input type="checkbox"/> 22,500円 <input type="checkbox"/> 8,500円 名 <input type="checkbox"/> 7,500円 名 <input type="checkbox"/> 3,000円 名 月分