

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)							
4				(昭 平 令) 年 月 日		5	その他
個人番号 (マイナンバー)							
5				(昭 平 令) 年 月 日			
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		
					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> (C)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> (C)	介護保険者 名 名 名 名
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考		
				共通 ・ AVION	<input type="checkbox"/> 19,500円 <input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 6,000円 <input type="checkbox"/> 2,000円	名 名 名	月分