

# 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		平 成 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) 年 月 日	1 転入
	個人番号				
2				(昭 平) 年 月 日	2 社保離脱
	個人番号				
3				(昭 平) 年 月 日	3 出産
	個人番号				
4				(昭 平) 年 月 日	4 生保廃止
	個人番号				
5				(昭 平) 年 月 日	5 その他
	個人番号				
平成 年 月 日 住 所 〒  氏 名 印  <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">                     個人番号                 </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					
理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当	人 数
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考