

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		フリガナを忘れずにご記入ください。				生 年 月 日		資格取得理由							
1	ヨクジョウ タロウ 浴場 太郎	男	本人	(昭 平 令)	35	年	1	月	1	日	1	転入			
個人番号 (マイナンバー)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	←マイナンバーを ご記入ください。	
2	ヨクジョウ ハナコ 浴場 花子	女	妻	(昭 平 令)	30	年	1	月	2	日	2	社保離脱			
個人番号 (マイナンバー)		9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7		
3	ヨクジョウ ジロウ 浴場 二郎	男	子	(昭 平 令)	2	年	1	月	3	日	3	出産			
個人番号 (マイナンバー)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
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 〒 556-0012

大阪市浪速区敷津東2丁目2番8号

氏 名 浴場 太郎

個人番号
(マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

電話番号 06-6634-2510

事業所名 個人 ・ 法人 ○ ○ 湯

大阪府浴場国民健康保険組合 理 事 長 様

世帯主のお名前をご記入ください。
※従業員加入の場合は、従業員の世帯主
のお名前をご記入ください。

理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当	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