

(2部複写)

確認者印	入力者印
組合処理欄	

第一種組合員加入届 (家族のない組合員が加入する場合に使用してください。)

事業所 記号	組合員番号	フリガナ 組合員氏名	職種	性別	生年月日	加入年月日	報酬 月額	金銭によるもの 現物によるもの 合計	基準 報酬 月額	等級	資格取得の理由 資格確認書発行要否	国籍 在留資格 備考		在留期間(西暦)				
												国	籍	自	至	年	月	日
				1 男 5 昭 2 女 7 平			円			級	1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国 籍	自	20				
				個人番号			円			千円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 短時間労働者	至	20				
住所		都道府県		1 男 5 昭 2 女 7 平			円			級	1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国 籍	自	20				
				個人番号			円			千円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 短時間労働者	至	20				
住所		都道府県		1 男 5 昭 2 女 7 平			円			級	1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国 籍	自	20				
				個人番号			円			千円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 短時間労働者	至	20				
住所		都道府県		1 男 5 昭 2 女 7 平			円			級	1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国 籍	自	20				
				個人番号			円			千円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 短時間労働者	至	20				
住所		都道府県		1 男 5 昭 2 女 7 平			円			級	1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国 籍	自	20				
				個人番号			円			千円	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 短時間労働者	至	20				

上記のとおり加入いたしたく届けます。

令和 年 月 日 全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

郵便番号 -

所在地

名称

事業主
氏名

- (注)1 「報酬月額」欄は、規約第11条の5及び第11条の8の規定により算定し、「基準報酬」欄は報酬月額が規約第11条の3に該当する等級及び月額を記入してください。
- 2 「資格確認書発行要否」欄は、資格確認書の発行が必要な場合(※)、レを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- 3 「国籍」、「在留資格」及び「在留期間」欄は、日本国籍を有しない者について記入してください。
なお、在留資格が「特定活動」の場合、本邦において行う活動内容を「在留資格」欄に記入してください。
- 4 「備考」欄は、短時間労働者に該当する場合、レを入れてください。
- 5 この届書は2部とも組合に提出してください。

(2部複写)

事業所
記号

第一種組合員加入届 (家族のない組合員が加入する 場合に使用してください。)

組合員番号	フリガナ 組合員氏名	職種	性別	生年月日	加入年月日	報酬月額	報酬		基準報酬月額	等級	資格取得の理由 資格確認書発行要否	国籍 在留資格 備考		在留期間(西暦)				
							金銭によるもの	現物によるもの				合計	円	千円	円	千円	円	千円
			1 男 2 女	5 昭 7 平							1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国籍 資格	自	20				
													至	20				
住所	都道府県																	
			1 男 2 女	5 昭 7 平							1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国籍 資格	自	20				
													至	20				
住所	都道府県																	
			1 男 2 女	5 昭 7 平							1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国籍 資格	自	20				
													至	20				
住所	都道府県																	
			1 男 2 女	5 昭 7 平							1 後期離脱 2 社保離脱 3 生保廃止 4 その他	国籍 資格	自	20				
													至	20				
住所	都道府県																	

上記のとおり受理しました。

令和 年 月 日 全国土木建築国民健康保険組合理事長

郵便番号

-

所在地

名称

事業主
氏名

様

- (注)1 「報酬月額」欄は、規約第11条の5及び第11条の8の規定により算定し、「基準報酬」欄は報酬月額が規約第11条の3に該当する等級及び月額を記入してください。
- 2 「資格確認書発行要否」欄は、資格確認書の発行が必要な場合(※)、レを入れてください。
※以下に該当する場合には限りません。
- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
 - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- 3 「国籍」、「在留資格」及び「在留期間」欄は、日本国籍を有しない者について記入してください。
なお、在留資格が「特定活動」の場合、本邦において行う活動内容を「在留資格」欄に記入してください。
- 4 「備考」欄は、短時間労働者に該当する場合、レを入れてください。
- 5 この届書は2部とも組合に提出してください。