

建設国保組合加入申込書

(様式第1号)

加入日	令和 年 月 日	地本	支部	班	電話	
番号					FAX	
					携帯	

フリガナ		職種	職種コード
住所	〒		

		フリガナ	生年月日 (和暦)	年齢	性別	続柄	加入していた 健康保険
組合員	個人番号		年 月 日		男	本人	公営国保 社保 その他 ()
					女		
加入する家族	個人番号		年 月 日		男		公営国保 社保 その他 ()
					女		
	個人番号		年 月 日		男		公営国保 社保 その他 ()
					女		
	個人番号		年 月 日		男		公営国保 社保 その他 ()
					女		
	個人番号		年 月 日		男		公営国保 社保 その他 ()
					女		

加入区分		氏名・フリガナ		加入している健康保険等	
事業所	勤務先の形態	法人	個人	加入しない人	社保 その他 ()
	フリガナ				
	名称				
	所在地	〒			社保 その他 ()
	電話				社保 その他 ()
	フリガナ				
	代表者				
	厚生年金の適用	厚生年金適用が無の場合 常勤従業員数 (今回加入者含む)		備考	
	有 無		人		
	代表者が当組合加入の場合は記入してください				
番号		区分 (変更の場合→)			

上記の通り加入を申し込みます。
加入後は国保組合の決定を守り、保険料の滞納その他国保組合に迷惑をかける行為はいたしません。
尚、申請事項に偽りがあつたり、正当な理由がなく保険料を3か月以上滞納した場合に国保組合を除名されても異議ありません。
また、加入後3か月間は償還金、傷病手当金が給付制限となることに同意します。

年 月 日 申込者氏名 (印)
埼玉県建設国民健康保険組合理事長殿 (署名または記名押印)

本人確認	来所者(○で囲む)	来所者氏名	代理権確認	番号確認	身元確認
	本人 代理人(関係) ()		<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()

○…提示確認 (郵送受付時は写し提出) □…提出 ※確認資料にレ点チェック

分離加入の方		再加入の方		被保険者証送付先
決裁	処理年月日	国保受付印	受付年月日	自宅・地本・事業所
				その他 ()
				適用除外用紙送付先
				自宅・地本・事業所
				その他 ()