

(様式1号)

支部長印	新 加 入	理事	事務局長	班 長	担 当 者
		交付日 令和 年 月 日			
	家族 人				

国民健康保険組合加入届
国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者証 記号・番号	宮建 A	加入資格取得	令和 年 月 日
----------------	------	--------	----------

組合員の種別 (<input type="checkbox"/> の中に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入願います)	<input type="checkbox"/> 法人事業主 (法人事業所の代表者) 第1種 (<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 一人親方 <input type="checkbox"/> 法人事業所の役員) <input type="checkbox"/> 第2種 (法人事業主又は第1種組合員に雇用されている者) <input type="checkbox"/> 第3種 (第2種組合員のうち35歳未満の者)	業種・ 職種
--	---	-----------

事業所の名称	事業所の常勤の従業員数	人
--------	-------------	---

事業所の区別 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入願います)	法人事業所 (<input type="checkbox"/> 株式・ <input type="checkbox"/> 有限・ <input type="checkbox"/> その他)・ <input type="checkbox"/> 個人事業所・ <input type="checkbox"/> 一人親方
--	--

事業主の氏名	事業主の 記号・番号	宮建 A
--------	---------------	------

員番	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入願います		6カ月以内に 出産予定	加入・資格取得の 理由
					学生	障害者		
		男・女	本人	昭・平・令 ・ ・	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	有・無	市町村国保離脱
		男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有・無	社会保険離脱
		男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有・無	他国保組合離脱
		男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有・無	生活保護廃止
		男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有・無	そ の 他
		男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有・無	

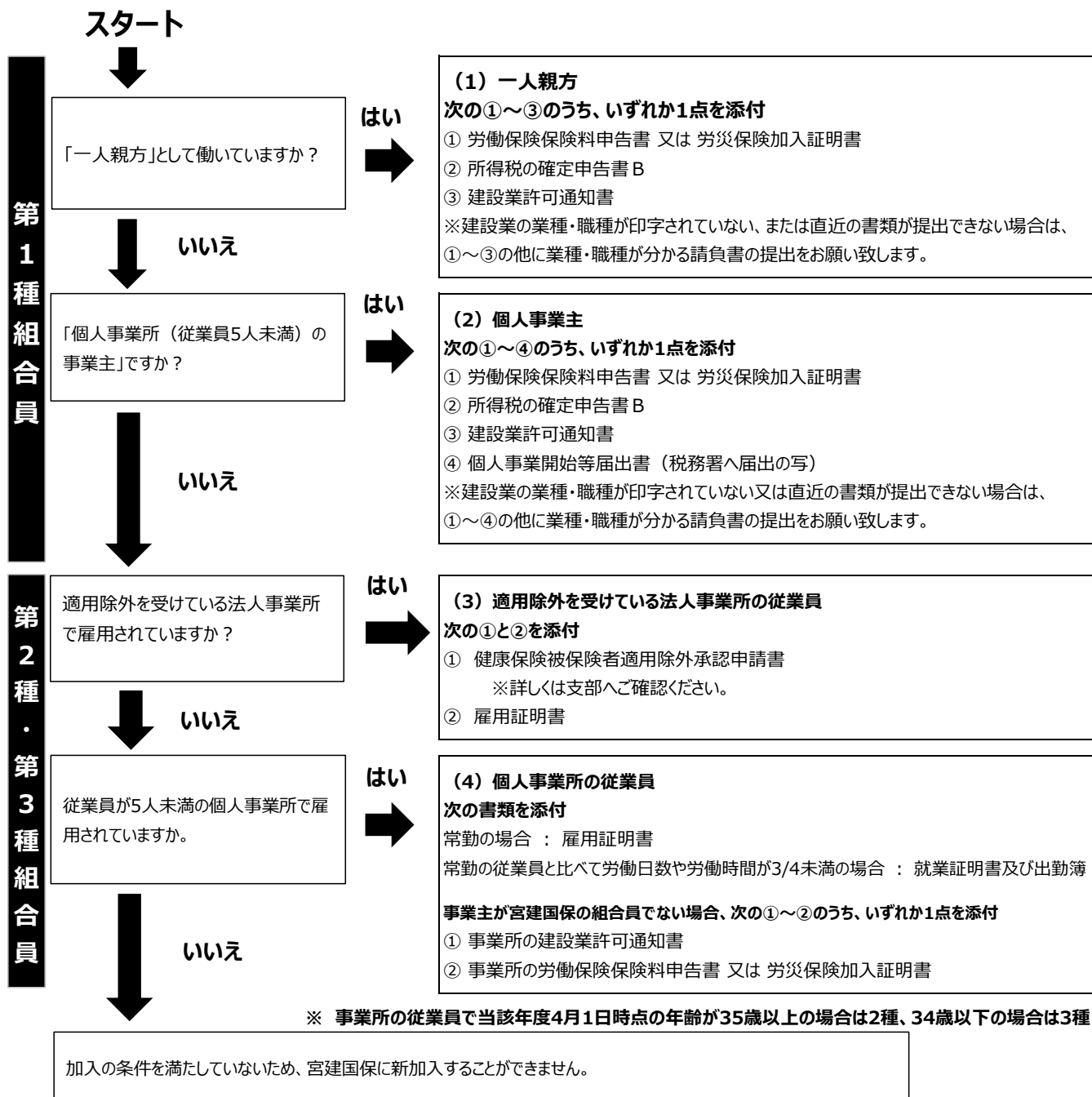
マイナ保険証を保有し、健康保険証利用登録を行っているかの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・どちらかにチェックをお願いします。 ※取得が2人以上で、登録が「無」の方がいる場合は次の()に氏名を全員分記入願います。 ()
--------------------------------	--

必要書類 (<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入願います)	<input type="checkbox"/> 「世帯全員」と記載があり、世帯主・続柄とマイナンバーも記載された住民票 同じ世帯で市町村国保に加入している家族は、宮建国保に加入することになります。(国民健康保険法第19条) 世帯の中で他の健康保険(社会保険等)に加入している場合は、住民票内に現在加入している保険者名を記入してください。 <input type="checkbox"/> 建設業に従事していることを証明する書類(詳細は裏面参照) <input type="checkbox"/> マイナンバー様式A・B及び確認書類(<input type="checkbox"/> 今回未提出だが、後日提出するよう支部で説明済) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証対象者→課税証明書 <input type="checkbox"/> 20歳以上の家族で学生該当者→在学証明書原本 / 障害者該当者→障害者手帳の写し <input type="checkbox"/> 様式2号 念書
--	---

令和 年 月 日 上記のとおり届出いたします。	受付印
郵便番号 電話番号	
加入申込者住所	
フリガナ	
加入申込者氏名 (印)	
宮城県建設業国民健康保険組合理事長 殿	

新加入時の必要書類の判定フローチャート

スタートからはじめて、たどり着いた枠内の直近の書類(写し)をご提出ください。



加入できる主な職種

大工工事業	管工事業	とび工事業	土木工事業	タイル・れんが工事業
防水工事業	左官工事業	建築リフォーム工事業	電気工事業	熱絶縁工事業
建築工事業	機械器具設置工事業	屋根工事業	鉄筋工事業	鋼構造物工事業
木造建築工事業	内装工事業	塗装工事業	板金工事業	しゅんせつ工事業
ガラス工事業	さく井工事業	建具工事業	石工事業	舗装工事業
解体業	造園工事業	建築設計業	清掃施設工事業	測量業

加入できない職種の例

製造業	販売業	運搬業	電気保守業	土地家屋調査士
-----	-----	-----	-------	---------

(様式 2 号)

宮建	A			
取得	令和	年	月	日
処理	令和	年	月	日

宮城県建設業国民健康保険組合

支部名 支部

支部長氏名

支部長印

念 書

私は、貴組合に加入後は、組合規約及び諸規程を堅く守ります。

また、組合運営上支部が定めたことに従い、保険料の滞納若しくは貴組合に迷惑を掛けるような行為は一切いたしません。

さらに、一般社団法人 宮城県建設職組合連合会（以下「県連」という。）及び県連加盟の単位組合から脱退した場合は、貴組合を脱退します。

なお、私が、貴組合の脱退に際し必要な事務手続きを行わない場合にあっては、宮城県建設業国民健康保険組合 _____ 支部長に脱退に必要な事務手続きの一切を委任します。

以上のことを誓約し、自ら署名捺印いたします。

令和 年 月 日

加入申込者 住 所

氏 名

印

宮城県建設業国民健康保険組合理事長 殿