

家族資格取得届

受付印

東京芸能人国民健康保険組合理事長 殿

色付きの場所にご記入ください		年 月 日 記入		記号・番号	74-	-
組名	フリガナ	追加加入の理由 該当する理由にチェック <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他				
	住 所					
員	電話	-	-	携帯	-	-
	メール					

氏名(フリガナ)	生年月日	性別	続柄	マイナンバー記載欄
1	・	・		マイナ保険証登録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
2	・	・		マイナ保険証登録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
3	・	・		マイナ保険証登録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4	・	・		マイナ保険証登録 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

同一世帯内で東京芸能人国保へ加入しない方がいる場合ご記入ください。

氏名	現在加入中の健康保険名
1	
3	
2	
4	

組合使用欄			
資格取得日			
資格 マイナ	全住 免許	税今 パス 調定	税今 在留 台帳
保険料調定額 (変更前)			
追加保険料			
合計保険料 (変更後)			
資格情報・確認書			
作成		発送	

※国民健康保険法により、同一世帯内の家族が芸能人国保と市町村国保へ分かれて加入ができないため、加入しない家族の健康保険の名称を記入していただきます。

団体・事業所承認欄	上記の者が貴組合に加入することを承認し、規約に基づき保険料納付、その他について、当団体・事業所に於いて最終責任を負うことに同意します。
	団体・事業所名

決 裁	
常務理事	事務局長