

※ 本人の自署捺印のないものは無効とします。

Table with columns for '単組欄' (Single Group Column) and '処理欄' (Processing Column), each containing several empty boxes for administrative use.

けんろう共済・国保医療共済 加入申込書 兼 健康状態に関する申告書

Form header section containing fields for '記号番号' (Record Number), 'フリガナ' (Kana), '氏名' (Name), '性別' (Gender), '生年月日' (Date of Birth), '職種' (Occupation), '班番号' (Class Number), '職層区分' (Job Level), and '住所' (Address).

※ボールペンで強く書いて下さい。

私は、けんろう共済制度に加入を申請するにあたり、健康状態について下記の通り申告いたします。
※) 虚偽の申告をした場合には、加入を取り消すことがあります。

Main declaration table with columns for '区分' (Category) and '申告事項' (Declaration Item). Categories include 'あなた(申請者本人)の健康状態について' (About your health status) and '過去3ヶ月の健康状態' (Health status in the past 3 months). Items include questions about hospitalization, surgery, and current health conditions.

- 1. 長野県建設労働組合連合会けんろう共済規程第4条により、次に該当する方はけんろう共済に加入できません。但し、協会けんぽ適用除外により長建国保に加入する70歳未満の方は除きます。
①組合員資格を得た翌月1日現在で満65歳以上の方
②加入申込時に入院または自宅療養している方(但し、その傷病が治り、労務復帰すれば加入できます。)
2. 新規加入者に限り、次の免責期間における共済事由に対しては支給されません。
①けんろう共済は、資格取得月から3カ月間の病気入院 ②国保医療共済は、資格取得月から3カ月間の診療分
3. 今回の申請で皆さんから届け出て頂いた個人情報共済事業以外には使用しません。
加入申込日
年 月 日

長野県建設労働組合連合会 殿

Table for '所属組合の確認欄' (Confirmation of Affiliated Union) with columns for '組合名' (Union Name), '組合長' (Union Chairman), and '処理年月日' (Processing Date/Time).

月分 保険料で調整	<input type="checkbox"/> 組織内	支部欄				本部欄				届出枚数
	<input type="checkbox"/> 確定申告書									／ 枚
	<input type="checkbox"/> 労災保険									
	<input type="checkbox"/> 建退共									

国民健康保険被保険者資格取得届 (新規)

記号 番号	建 -	資格 取得日	年 月 日		適用除外	承認証	補助率	保険料		
			有・無		一般					
フリガナ		性別	生年月日	職 種	班 番 号	職層区分				
氏 名	姓 名	男・女	昭平 年 月 日	コードNo.		1. 事業主 2. 一人親方 3. 従業員				
住所	〒 ※マンション、アパート名までご記入下さい					TEL				

下記の通り届け出ます。

書き方	フリガナ 被保険者氏名	組合員 との 続柄	性別	生年月日	職 業	資格取得理由
1	マイ ナン バ -	組合員	男・女	S・H 年 月 日		1. 社会保険脱退 種類(事業所名) 記号番号
2			男・女	S・H 年 月 日		2. 市町村国保脱退 (市・町・村)
3			男・女	S・H 年 月 日		3. 出生 4. 生活保護廃止 5. その他 ①独立 建 - より
4			男・女	S・H 年 月 日		②単組間移動 建 - より ③他建設国保より ()
5			男・女	S・H 年 月 日		④他国保組合より () ⑤その他 ()

加入申込日

年 月 日

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

処理年月日

年 月 日

組合名及び理事(組合長)氏名	確認者 身元 ①	確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード (組合員・他) <input type="checkbox"/> 運転免許証 (組合員・他) <input type="checkbox"/> その他 ()
届出人		

※長建国保では、今回の申請で組合員の皆さんから届け出いただいた個人情報は、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、国民健康保険事業以外には使用しません。

※組合員以外の方が申請する場合は代理人となり、委任状が必要となります。

支 部 欄						本 部 欄					
-------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--

長野県建設国民健康保険組合 保険料区分申告書 (新規)

記号 番号	建 一	資 格 取得日	年 月 日			適用除外 有・無	承認証	補助率		保険料	
					一般						
								特定			
フリガナ		性別	生 年 月 日			職 種		班 番 号		職 層 区 分	
氏 名	姓	Ⓜ	男	昭 平 年 月 日			コードNo			1. 事業主 2. 一人親方 3. 従業員	
	名		女								
住所	〒 ※マンション、アパート名までご記入下さい							TEL			

私は、長野県建設国民健康保険組合に加入を申請するにあたり、保険料区分について下記の通り申告します。

当年度4月1日時点
でのあなたの満年齢

満31歳以上69歳以下
(加入時の仕事形態)

満 70 歳 以上

満25歳以上30歳以下

満 24 歳 以下

保険料区分	申告欄 (○印を)	参 考 事 項
特 1 種 法人事業主		法人事業所の代表者。但し、第5・6種該当者は除く。
第 1 種 個人事業主		個人事業所の事業主・親方。人を使っている者、請け負いを業とする者。
第 2 種 一人親方		常態として人を使っておらず、自分も常態として人に使われていない者。但し、法人形態は特1種。
第 3 種 従業員		常に賃金で働いている者・従業員。但し、手間請けをしている者は第2種。
第 4 種 70歳以上の者		当年度4月1日現在で、満70歳以上の者。但し、法人事業所代表者は特1種。
第 5 種 25歳以上30歳以下の者		当年度4月1日現在で、満25歳以上30歳以下の者。
第 6 種 24歳以下の者		当年度4月1日現在で、満24歳以下の者。

注 意 事 項

1. 第4種～6種の年齢は、毎年度当初4月1日現在の満年齢をさします。
2. 加入希望者本人の自署捺印のないものは無効とします。
3. 虚偽の申告をした場合には加入を取り消すことがあります。

労 災 保 険 番 号

1. 事業主（親方）・一人親方は、特別加入労災の保険番号を記入してください。
2. 従業員は、働いている事業所の労災保険番号を記入してください。

府 県		所 掌		管 掌		基 幹 番 号				枝 番 号	

加入申込日

年	月	日
---	---	---

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

上記の者の加入申請書類記載事項について、事実と相違ないことを証明します。 支部長(分会長・班長)氏名 Ⓜ 組合(長建国保支部)長 Ⓜ	処 理 年 月 日 (受付) 年 月 日
--	-------------------------

支 部 欄						本 部 欄					
-------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--

国民健康保険 組合員事業所状況届 (新規)

記号 番号	建	資 格 取得日	年 月 日			適用除外	承認証	補助率	保険料		
			有・無		一般			特定			
フリガナ		性 別	生 年 月 日	職 種	班 番 号	職 層 区 分					
氏 名	姓 名	男・女	昭 平 年 月 日	コードNo		1. 事業主 2. 一人親方 3. 従業員					
住 所	〒 ※マンション、アパート名までご記入下さい						TEL				

私の勤務（所属）する事業所の状況について下記の通り届けます。

事業所区分 ※番号へ○印	1. 株式会社 2. 有限会社 3. その他法人 4. 個人事業所 5. 一人親方				
年金制度の 適用状況	①厚生年金適用・健保適用除外	事業所設立日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	②国民年金適用 ③その他	法人設立日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
フリガナ	法 人 番 号				
事業所名	「有限会社〇〇工務店、〇〇建築有限会社」と正確に、屋号がないときは「屋号なし」と記入。				
フリガナ					
代表者氏名	姓 名	事 業 内 容			
事業所所在地	〒	番地	方書	電 話 番 号	

次のいずれかに該当する場合、あなたは厚生年金に強制加入となり、年金事務所へ健保適用除外申請をしなければ法律上、違法加入となり長建国保に加入できません。該当者はまず、組合で加入資格証明を受けて健保適用除外申請の手続きをして下さい。

1. 上記事業所が、法人でああなたが法人から報酬や賃金を得ている役員・従業員の場合。
 2. 上記事業所が、「従業員5人以上の個人事業所」でああなたがその従業員の場合。
- 但し、事業主と家族従事者、手間請、外注で仕事している人は従業員から除きます。

加入申込日

年 月 日

長野県建設国民健康保険組合 理事長 殿

上記の者は当方の事業所で	年 月 日	より雇用していることを証明します。	事業所印
事業所名			印
代表者氏名			印

単組欄						処理欄				
-----	--	--	--	--	--	-----	--	--	--	--

誓 約 書

資 格 取 得 日	年	月	日
--------------	---	---	---

記号 番号	建									
フリガナ			性別	生 年 月 日	職 種	班 番 号	職層区分			
氏 名	姓	名	Ⓜ	昭 平	年 月 日		1. 事業主 2. 一人親方 3. 従業員			
住所	*マンション、アパート名までご記入下さい						TEL			

私は、現在建設産業に従事し、申告書の内容が事実に相違ないこと、及びけんろう共済制度加入にあたっては下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 組合費や共済掛金など組合に納める費用は、毎月決められた日までに納入し、滞納しません。
2. 健康状態に関する告知欄の記入に虚偽の申告があった場合、また、加入申込日直後に本人が急病を除くケガや病気で医療機関を受診した時は、組合の事情調査に誠実に応じます。(けんろう共済規程第22条)
3. 加入申込書、誓約書、申告書若しくは陳述が事実に反したとき、詐欺その他不正行為によって共済金等の給付を受けたことが発生したときは、共済金を全額返還します。
4. 労災事故は労災保険を使用します。
5. 盗難等により被保険者証が不正に使用される危険が生じた場合は、すみやかに警察と組合に届け出ます。
6. 交通事故で長建国保を使用するときは、必ず組合に届け出ます。
7. 住所の変更、家族の異動（増加・減少）・事業所の変更など、被保険者証の記載事項等に変更があったときは、必ず14日以内に届け出ます。
8. 脱退する時は、必ず被保険者証を即時返還します。
9. 長野県建設労働組合連合会および長野県建設国民健康保険組合における情報の共同利用について、以下の通り同意します。

共同利用の目的	国保医療共済制度の円滑な運用
共同利用の範囲	長野県建設労働組合連合会および長野県建設国民健康保険組合
共同利用の対象となる情報項目	長野県建設労働組合連合会および長野県建設国民健康保険組合が保有する組合員の①氏名 ②生年月日 ③住所 ④保険証記号番号 ⑤保険医療機関等受診情報
共同利用責任者	長野県建設労働組合連合会 長野県建設国民健康保険組合

加入申込日

年	月	日
---	---	---

長野県建設労働組合連合会 殿

所 属 組 合 の 確 認 欄	処 理 年 月 日
組 合 名	(受付) 年 月 日
組合長(労組支部長)	Ⓜ