

1. 事業主 新規 2. 従業員 新規 3. 家族 追加	国民健康保険 被保険者資格取得届			
------------------------------------	-------------------------	--	--	--

記号番号	資格取得年月日	令和 年 月 日	
	雇入年月日 (従業員加入時のみ記入)	令和 年 月 日	
組合員の被保険者 資格の有無	有 ・ 無	適用除外年月日	令和 年 月 日

枝番	被保険者となる者の氏名	組合員 との続柄	生年月日	マイナ保険証 利用登録の有無	現在加入している 健康保険	取得事由 コード
(フリガナ)			昭・平・令 ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	男・女					
	個人番号					
(フリガナ)			昭・平・令 ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	男・女					
	個人番号					
(フリガナ)			昭・平・令 ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	男・女					
	個人番号					
(フリガナ)			昭・平・令 ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	男・女					
	個人番号					

主に勤務する店舗名／従事する業務 (従業員加入時のみ記入)	(勤務する店舗名)	(従事する業務)
----------------------------------	-----------	----------

◎被保険者となる者の健康状態について(「健康でない」の場合は該当事項を記入)
健康である 健康でない(該当者氏名: /傷病名:)

上記のとおり、貴組合規約了承のうえ、届出をいたします。
 令和 年 月 日
 組合員 住所
 氏名 (印)
 電話
 事業主 氏名 (印)
 (従業員加入時のみ記入)
 静岡市食品国民健康保険組合 殿

提出代行者 記入欄(社会保険労務士)	氏名
--------------------	----

《事務処理欄》

資格取得事由コード	9-1. 転入 2. 社保離脱 3. 生保廃止 4. 出生 9-5. 市国保より 9-6. その他()				
資格確認書 資格のお知らせ	郵送	書留・普通	自宅・店・他()	窓口	交付日
出産育児一時金支給	有 ・ 無	産前産後保険料軽減	有 ・ 無		

共通システム	台帳記入	情報連携	副本登録	国保総合

理事長	役員	事務局長	担当者	受付



※太枠内を記入してください ※マイナンバーカードは有効期限内かつ、電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限ります。

