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

事業主加入時

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
	(フリガナ) ショクヒン　タロウ 食品　太郎　男・女	本人	昭・平・令 29・4・29	□有 ☑無	・市町国保 ・社保 ・その他（ ）
	個人番号				1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
	(フリガナ) ショクヒン　ハナコ 食品　花子　男・女	妻	昭・平・令 30・1・1	☑有 □無	・市町国保 ・社保 ・その他（ ）
	個人番号				9 8 7 5 4 3 2 1 9 8 7
	(フリガナ) 男・女		昭・平・令 ・　・	□有 □無	・市町国保 ・社保 ・その他（ ）
	個人番号				

※届出の際は、マイナ保険証利用登録の有無を事前にご確認ください。

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 6 年 12 月 2 日

シャチハタ不可

組合員　住　所　静岡市葵区〇〇町〇丁目〇－〇〇
氏　名　食品　太郎　㊞
電　話　054-000-0000

事業主　氏　名　㊞
（従業員加入時のみ記入）

静岡市食品国民健康保険組合　殿

※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。

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

受付日

（事業主資格取得届に添付）

新規加入時における 事業所に関する調査票

【 記号番号：　　】　　記入日　6年　12月　2日

店舗または事業所名称（屋号）	（フリガナ）マルマルショクドウ ○○食堂	
事業組織	(個人事業所)・法人事業所（食品国保へは加入できません）	
所属している業種別単位組合	静岡県飲食業生活衛生同業組合静岡支部	
営業許可・届出の別 ※該当する番号に○印を付してください	(1) 営業許可　　2 営業届出	
業種 ※該当する番号に○印を付してください	(1) 飲食店業（具体的に：食堂）	
	2 飲食料品小売業（具体的に：）	
	3 食料品製造業（具体的に：）	
	4 宿泊業（食事を提供する旅館、ホテル、簡易宿所）	
店舗所在地	〒420-0034	
	静岡市 葵 区 常磐町一丁目0−0 ○○ビル1階	
	電話番号： 054（000）0000 FAX番号： 054（000）0000	
上記以外の店舗名称（食品・飲食関係の業種）	※支店等がある場合に記入してください	
	・○○食堂 ○○支店	電話番号：054（000）0000
	・	電話番号：（　）
	・	電話番号：（　）
常時勤務している従業員数（パート・アルバイト含む）	3 名	◎常時勤務のパート・アルバイトも含めた人数を記入してください ◎事業主と同じ世帯の従業員は含めないでください （事業主とは別世帯の従業員数を記入すること）

静岡市食品国民健康保険組合