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　7年　4月　1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

従業員加入時

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
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) アオイ　ダイスケ 葵　大輔　男・女	本人	(昭)・平・令 49・5・1	☑有 ☐無	・市町国保 ・社保 ・その他（
	個人番号	0 1 2 4 5 6 7 8 9 1			
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女		・	☐無	・社保 ・その他（　）
	個人番号				
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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）
	○○食堂　○○支店	調　理

◎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○○町○丁目○－○○
氏　名　葵　大輔　葵 ㊞
電　話　090-0000-0000

事業主　氏　名　食品　太郎　食品 ㊞
（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