

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
組合員の被保険者 資格の有無	有 ・ 無	雇 入 年 月 日 <small>(従業員加入時のみ記入)</small>	令和 年 月 日
		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) 男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	個人番号					
	(フリガナ) 男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	個人番号					
	(フリガナ) 男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	個人番号					
	(フリガナ) 男・女		昭・平・令 ・ ・	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他()	
	個人番号					

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

◎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(該当事氏名: _____ / 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。