

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 (従業員加入時のみ記入)		令和	年	月	日
適用除外年月日		令和		年					
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			家族加入時	
	(フリガナ) ショクヒン アイコ 食品 愛子	子	昭(平)令 3・6・1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・市町国保 ・社保 ・その他( )				
		男・女 女	個人番号	4 5 6 8 9 1 2 3 4 5					
※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。									
		男・女	個人番号						
		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) <input checked="" type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 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 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									
提出代行者 記入欄(社会保険労務士)				氏名					

※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。

＜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									