

《記入例》

| 組合員区分 | 被保険者 | 組合員 | 家族 | 計 | 台帳登録 | 異動原簿 | 事務長 | 担当者 | 受付 | | |
|--|------------|----------|-------------|----|------------|---------|-----|-----|--------|--|---|
| 事業主 | 記入例 | | | | | | | | | | |
| 従業員 | 電話 | | | | | | | | | | |
| | 所属組合 | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険被保険者資格取得届 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | | | | | 資格取得年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 加入区分 | 新規 ・ 追加 | | | | 雇入年月日(従業員) | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 組合員の被保険者の資格の有無 | 有 ・ 無 | | | | 適用除外年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | |
| 被保険者となる者の氏名 | | | 組合員との続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業 | | | 資格取得事由 | | |
| 1 | フリガナ | アオイ ダイスケ | | 本人 | 男 | 昭 | | | 調理 | 転入 社会保険離脱 生活保護廃止 出生 市国保より転入 後期離脱 その他 | |
| | 氏名 | 葵 大輔 | | | | 55.5.15 | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | | 3 |
| 2 | フリガナ | アオイ ヨシコ | | 妻 | 女 | 昭 | | | | | |
| | 氏名 | 葵 良子 | | | | 57.3.10 | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) | | 4 | 5 | 6 | 4 | 5 | 6 | 4 | 5 | | 6 |
| 3 | フリガナ | アオイ イチロウ | | 子 | 男 | 令 | | | | | |
| | 氏名 | 葵 一郎 | | | | 1.1.5 | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) | | 7 | 8 | 9 | 7 | 8 | 9 | 7 | 8 | 9 | |
| フリガナ | | | | | | 昭・平・令 | | | | | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり加入する従業員およびその家族の氏名・続柄・性別・生年月日・職業・個人番号を記入してください。</p> <p>加入する従業員の、自宅住所・氏名・電話番号を記入・押印してください。</p> <p>シャチハタ印は不可</p> <p>組合員 住所 静岡県葵区追手町1丁目1-1</p> <p>氏名 葵 大輔</p> <p>電話 090-0000-0000</p> <p>事業主 氏名 食品 太郎</p> <p>(従業員加入時記入)</p> <p>静岡県食品国民健康保険組合</p> <p>事業主の氏名と押印</p> | | | | | | | | | | | |
| ※新規事業所 | | | 住所 | | | | 電話 | | | | |
| 屋号 | | | | | | | | | | | |
| 提出代行者記入欄(社会保険労務士) | | | | | 氏名 | | | | | | |
| 出産育児一時金支給 | | | 有(¥ 支給) ・ 無 | | | | | | | | |
| 保険証交付 | | 普通・書留 | 送付先 | | 自宅・店・他() | | | 交付日 | | | |