

誓約書

保険料については、滞納することなく必ず期日までに納入し、納期限内に保険料が納付できない場合は、速やかに食品国保を脱退することを誓約いたします。

また、食品国保が実施する資格確認等、適用に関する調査について協力いたします。

令和 年 月 日

組合員(加入者) 住 所

氏 名 ⑩

静岡市食品国民健康保険組合理事長殿

(注:押印はシャチハタ印不可)

加入時の調査票

◎ 事業所の形態についてチェック☑をつけてください。(事業主組合員のみ)

事業組織が個人経営である。(はい ・ いいえ)

※ 加入後法人化した場合は申し出てください。

◎ 静岡市食品国民健康保険組合に加入する前に加入していた(いる)健康保険に
チェック☑をつけてください。

市町国民健康保険に加入していた。

※ 国民健康保険証の写しを添付してください。(加入者全員分)

社会保険に加入していた。

※ 社会保険脱退証明書を添付してください。(加入者全員の記載があるもの)

どこの保険にも加入していなかった。

◎ 加入する者の健康状態についてチェック☑をつけてください。

(「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)

入院している 令和 年 月から(傷病名)

通院している 令和 年 月から(傷病名)

以上、上記内容について万一記載事項に相違があった場合は、加入を取り消されても異議はありません。

〈 資格取得届に添付する 〉