

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 年 月 日				適用除外年月日 令和 年 月 日			
組合員の被保険者 資格の有無		有 ・ 無											
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)				昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()				
	男・女												
	個 人 番 号												
	(フリガナ)				昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()				
	男・女												
	個 人 番 号												
	(フリガナ)				昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()				
	男・女												
	個 人 番 号												
	(フリガナ)				昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()				
	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)													
☐ 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 年 月 日													
組 合 員 住 所													
氏 名 ⑩													
電 話 ⑩													
事 業 主 氏 名 ⑩													
(従業員加入時のみ記入)													
静岡市食品国民健康保険組合 殿													
資格確認書 資格のお知らせ 交付方法		郵送希望		自宅へ・店へ・他() / 普通郵便・書留						窓口受取り希望			

※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

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()				
出産育児一時金支給	有 ・ 無	産前産後保険料軽減	有 ・ 無	交付日	

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



(事業主資格取得届に添付)

新規加入時における **事業所に関する調査票**

【記号番号： 】 記入日 年 月 日

店 舗 名 称 （食品・飲食関係の業種）		※支店等がある場合に記入してください	
上 記 以 外 の 店 舗 名 称 （食品・飲食関係の業種）			
常 時 勤 務 し て い る 従 業 員 数 （パート・アルバイト含む）		◎ <u>常時勤務のパート・アルバイトも含めた人数を記入</u> してください ◎事業主と同じ世帯の従業員は含めないでください （事業主とは別世帯の従業員数を記入すること）	
店 舗 所 在 地		〒 静岡県 区 電 話 番 号 : () FAX 番 号 : ()	
業 種 ※ 該 当 す る 番 号 に ○ 印 を 付 し て く だ さ い		1 飲 食 店 業 （具体的に： ） 2 飲 食 料 品 小 売 業 （具体的に： ） 3 食 料 品 製 造 業 （具体的に： ） 4 宿 泊 業 （食事を提供する旅館、ホテル、簡易宿所）	
営 業 許 可 ・ 届 出 の 別 ※ 該 当 す る 番 号 に ○ 印 を 付 し て く だ さ い		1 営 業 許 可 2 営 業 届 出	
所 属 し て い る 業 種 別 単 位 組 合			
事 業 組 織		個人事業所 ・ 法人事業所（食品国保へは加入できません）	
店 事（ 舗 業 屋 ま 所 た 名 号 は 称 ）		(フリガナ)	