

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		事業主加入時			
				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					
	(フリガナ) ショクビン タロウ 食品 太郎	男・女 本人	昭和・平・令 29・4・29	☐ 有 ☒ 無	静岡市国保 ・社保 ・その他()					
	(フリガナ) ショクビン ハナコ 食品 花子	男・女 妻	昭和・平・令 30・1・1	☒ 有 ☐ 無	静岡市国保 ・社保 ・その他()					
	(フリガナ) ショクビン タロウ 食品 太郎	男・女 本人	昭和・平・令 29・4・29	☐ 有 ☒ 無	静岡市国保 ・社保 ・その他()					
	(フリガナ) ショクビン ハナコ 食品 花子	男・女 妻	昭和・平・令 30・1・1	☒ 有 ☐ 無	静岡市国保 ・社保 ・その他()					
※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。										
健康状態を記入										
◎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 7 年 8 月 1 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 希望の受け取り方法を記入										
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				

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 7 年 8 月 1 日

店 舗 名 称 (店 舗 番 号)	(フリガナ) マルマルショクドウ 〇〇食堂	
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)	
所 属 し て い る 業 種 別 単 位 組 合	静岡県飲食業生活衛生同業組合静岡支部	
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	
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: 食 堂)	
	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)	
店 舗 所 在 地	〒420-0034	
	静岡市 葵 区 常磐町一丁目〇-〇 〇〇ビル1階	
	電 話 番 号 : 054 (000) 0000	
	FAX 番 号 : 054 (000) 0000	
上 記 以 外 の 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	
	・ 〇〇食堂 〇〇支店	電話番号: 054 (000) 0000
	・	電話番号: ()
常 時 勤 務 し て い る 従 業 員 数 (パート・アルバイト含む)	3 名	◎常時勤務のパート・アルバイトも含めた人数を記入してください
		◎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)