

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		※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			
				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		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		取得事由 コード	
	(フリガナ)		男・女	昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()			
				個 人 番 号							
	(フリガナ)		男・女	昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()			
				個 人 番 号							
	(フリガナ)		男・女	昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()			
				個 人 番 号							
	(フリガナ)		男・女	昭・平・令 ・ ・		☐ 有 ☐ 無		・静岡市国保 ・社保 ・その他()			
				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 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			

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

