

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 7 年 8 月 1 日					
				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) アオイ ダイスケ 葵 大輔	男・女 本人	(昭・平・令) 49・5・1	☒ 有 ☐ 無	・静岡市国保 ・社保 ・その他()						
	個人 番 号			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1							
※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。											
	男・女			☐ 有 ☐ 無	・静岡市国保 ・社保 ・その他()						
	個人 番 号										
	男・女										
健康状態を記入		勤務する店舗と業務を記入									
◎主		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) 〇〇食堂 〇〇支店				従事する業務) 調 理			
◎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 葵 大輔 電 話 090-0000-0000 事業主 氏 名 食品 太郎 (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		希望の受け取り方法を記入							
《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			

※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

従業員加入時

シャチハタ不可

葵 印

食品 印

受付日