

|                                                                                                                                                       |             |                                          |         |                                                          |                               |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. 事業主 新規<br>2. 従業員 新規<br>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<br>令和      年      月      日 |         | 雇 入 年 月 日<br>(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<br>※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<br>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<br>との続柄                              | 生 年 月 日 | マイナ保険証<br>利用登録の有無                                        | 現在加入している<br>健康保険              | 取得事由<br>コード             |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | (フリガナ)      | 男・女                                      | 昭・平・令   | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | ・静岡市国保<br>・社保<br>・その他(      ) |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | 個 人 番 号     |                                          |         |                                                          |                               |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | (フリガナ)      | 男・女                                      | 昭・平・令   | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | ・静岡市国保<br>・社保<br>・その他(      ) |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | 個 人 番 号     |                                          |         |                                                          |                               |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | (フリガナ)      | 男・女                                      | 昭・平・令   | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | ・静岡市国保<br>・社保<br>・その他(      ) |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | 個 人 番 号     |                                          |         |                                                          |                               |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | (フリガナ)      | 男・女                                      | 昭・平・令   | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | ・静岡市国保<br>・社保<br>・その他(      ) |                         |  |                                                                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                       | 個 人 番 号     |                                          |         |                                                          |                               |                         |  |                                                                  |  |  |  |
| ◎主に勤務する店舗名／従事する業務<br>(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）<br><input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 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。<br>令和      年      月      日<br>組合員      住 所<br>氏 名      ⑩<br>電 話<br>事業主      氏 名      ⑩<br>(従業員加入時のみ記入)<br>静岡市食品国民健康保険組合 殿 |             |                                          |         |                                                          |                               |                         |  |                                                                  |  |  |  |
| 資格確認書<br>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<br>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 |
|     |    |      |     |    |

