

1. 事業主 新規 2. 従業員 新規 3. 家族 追加		<b>国民健康保険 被保険者資格取得届</b>					
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	
				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) ショクヒン アイコ <b>食品 愛子</b>	子	昭・平・令 3・6・1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・静岡市国保 ・ <b>社保</b> ・その他( )		
	男・女 <b>女</b>		個人番号	4 5 6 8 9 1 2 3 4 5			
※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。							
	(フリガナ)	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・社保 ・その他( )		
			個人番号				
	(フリガナ)	男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・静岡市国保 ・社保 ・その他( )		
			個人番号				
	健康状態を記入	/ 従事する業務		(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)							
<input checked="" 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。							
令和 <b>7</b> 年 <b>8</b> 月 <b>1</b> 日							
組合員 住所		<b>静岡市葵区〇〇町〇丁目〇-〇〇</b>					
氏名		<b>食品 太郎</b>					
電話		<b>054-000-0000</b>					
事業主 氏名 (従業員加入時のみ記入)		希望の受け取り方法を記入					
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	<b>郵送希望</b>	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



※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せん。