

*お申込の際は、資格確認のため世帯全員・続柄・個人番号記載の住民票（外国人の場合、世帯全員・記載事項に省略のない住民票）が必要です。太線枠内は加入者がご記入ください。
*組合員及び事業主の印はそれぞれ必要となります。
*法人事業所へ従業員が新規に加入する場合、「健康保険適用除外承認申請書」に加入証明を受け、すみやかに年金事務所へ提出ください。
*この申込（届書）は、当組合規約第7条に基づき記載いただくものです。
*職業欄は、携わっている職種及び使用されている事業所名を記載してください。また、学生の場合は就学、職業に就いていない場合は無職と記載してください。
但し、十五歳未満の方は記入する必要はありません。

記号番号	78	取得日	令和	年	月	日	1.事業主	2.従業員	3.家族		
屋号	東食屋		法人名				組合員	調理(主な仕事)			
自宅	〒0000-0000		東京都台東区寿 0-00-0 (自宅住所)			電話番号	00-0000 0000				
住						携帯番号	000-0000 0000				
1	フ	リ	ガ	ナ	続	性	生	事	負	職	業
	加	入	者	氏	柄	別	年	由	担	事	名
							月	コ	者	業	
							日	ード	番	所	
									号	名	
	0 1		1.男		3.昭 4.平 5.令						
	本人		2.女		年 月 日						
	(歳)										
	個人番号				マイナンバーカードの保険証利用登録の有無				□有 □無		
	国籍				在留資格				期間		
2	フ	リ	ガ	ナ	続	性	生	事	負	職	業
	加	入	者	氏	柄	別	年	由	担	事	名
							月	コ	者	業	
							日	ード	番	所	
									号	名	
	トウショク ハナコ				1.男		3.昭 4.平 5.令				
	東食花子		妻		2.女		00年00月00日		4		無職
	(00 歳)										
	個人番号		00000000000000000000		マイナンバーカードの保険証利用登録の有無				□有 □無		
	国籍				在留資格				期間		
3	フ	リ	ガ	ナ	続	性	生	事	負	職	業
	加	入	者	氏	柄	別	年	由	担	事	名
							月	コ	者	業	
							日	ード	番	所	
									号	名	
	1.男				3.昭 4.平 5.令						
	2.女				年 月 日						
	(歳)										
	個人番号				マイナンバーカードの保険証利用登録の有無				□有 □無		
	国籍				在留資格				期間		
取得事由コード		1. 社保離脱 2. 生保廃止 3. 出生 4. 転入 5. 区公組合国保 6. その他 () 7. 後期取得									
備考		加入前状況	保険者名		(区市町村国保や健保の名称)						
		記号番号		00-00 0000							
		喪失年月日		令和00年00月00日							
上記のとおり加入したいので、貴組合規約に基づき申込み(届出)をいたします。 「個人情報(含、特定個人情報)の取扱について」を確認し同意いたします。											
令和00 年 00 月 00 日											
組合員・事業主自署は押印省略可 押印は組合員氏名事業主氏名横 (電子印鑑・スタンプ印不可)											
東京食品販売国民健康保険組合 殿											
事業主氏名 国保 一郎											

出 産 育 児 一 時 金 申 請	産前産後軽減届出	領収書番号 (手書き)	
有 ・ 無	事前届出	保険料	月分～ 月分 円
直接支払	無 ・ 同日届出	交付年月日	年 月 日
決 裁 欄	処 理 欄	1 確認書 ・ 通知書	交 付
所 長	入 力	2 確認書 ・ 通知書	
課 長	確 認	3 確認書 ・ 通知書	
			扱 者

