

加入申込書・資格取得届



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 職 業	調理(主な仕事)
----	-----	-----	------------	----------

自宅住所	〒0000-0000 東京都台東区寿 0-00-0 (自宅住所)		電話番号	00-0000-0000
			携帯番号	000-0000-0000

1	フ 加 入 者 氏 名	ガ ナ 氏 名	続 柄	生 年 月 日	性 別	事 由 コ ー ド	負 担 者 コ ー ド 受 給 者 番 号	職 業 所 名
			0 1	3.昭 4.平 5.令 年 月 日 (歳)	1.男 2.女			
	個人番号		本人	マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	国籍		在留資格		期間			

2	フ 加 入 者 氏 名	ガ ナ 氏 名	続 柄	生 年 月 日	性 別	事 由 コ ー ド	負 担 者 コ ー ド 受 給 者 番 号	職 業 所 名
	トウショク ハナコ			3.昭 4.平 5.令 00年00月00日 (00 歳)	1.男 2.女	1		無職
	個人番号		妻	マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	国籍		在留資格		期間			

3	フ 加 入 者 氏 名	ガ ナ 氏 名	続 柄	生 年 月 日	性 別	事 由 コ ー ド	負 担 者 コ ー ド 受 給 者 番 号	職 業 所 名
				3.昭 4.平 5.令 年 月 日 (歳)	1.男 2.女			
	個人番号			マイナンバーカードの保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 (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、貴組合格約に基づき申込み(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

組合員氏名 東食 太郎

個人番号 00000000000000000000

東京食品販売国民健康保険組合 殿

事業主氏名 国保 一郎



*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)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。*組合員は家族の個人番号と身元確認を行います。事業主は組合員の個人番号と身元確認が必要になります。
*この申込(届書)は、当組合格約第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。

出産育児一時金申請
有・無
直接支払

産前産後軽減届出
事前届出
無・同日届出

領収書番号(手書き)	
------------	--

保険料	月分～ 月分	円
-----	--------	---

決裁欄
所長 課長

処理欄
入力 確認

交付年月日	年 月 日
1	確認書・通知書 交付
2	確認書・通知書
3	確認書・通知書

扱者

