

加入申込書・資格取得届



記号番号 78				取得年月日 平成 年 月 日	1. 事業主取得	2. 従業員取得	3. 家族取得
------------	--	--	--	-------------------	----------	----------	---------

屋号		法人名		法人番号		組合員職業	
----	--	-----	--	------	--	-------	--

自宅住所	〒 _____ - _____	携帯番号()	-	電話番号()	-
------	-----------------	---------	---	---------	---

1	加入者氏名 (個人番号)	続柄	性別	生年月日	年齢	事由コード	国籍・在留資格		在留期間	負担者コード 受給者番号	職業 事業所名
							在	留			
個人番号	0 1	1. 男	3. 昭 4. 平								
個人番号	2	1. 男	3. 昭 4. 平								
個人番号	3	1. 男	3. 昭 4. 平								

取得事由コード	1. 社保離脱 2. 生保廃止 3. 出生 4. 転入 5. 区公組国保 6. その他() 7. 後期高齢取得
---------	--

備考	加入前状況	保険者名	
		記号番号	
		喪失年月日	

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。

平成 年 月 日

東京食品販売国民健康保険組合 殿

組合員氏名 Ⓜ
個人番号

事業主氏名 Ⓜ

*お申込の際には、資格確認のため世帯全員・続柄記載の住民票(外国人の場合、世帯全員・記載事項に省略のない住民票)が必要となります。
*太線枠内は加入者がご記入ください。
*組合員は家族の個人番号と身元確認を行い、「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。又、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。

決裁欄	
所長	課長

処理欄	
入力	確認

証発効: 年 月 日		
回収	訂正	交付

出産育児一時金申請
有・無
直接支払

領収書番号(手書き)
保険料
月分 ~ 月分
円

扱者

