

資格取得届【家族用】

*事業主の加入には資格取得届【事業主用】・従業員の加入には資格取得届【従業員用】が必要
 *住民票上に他の健康保険加入者がいる場合は健康保険加入状況確認書が必要
 *自署の場合は押印不要
 ※生活保護の適用を受けている方はご加入いただけません



[太枠内(准)組合員記入] 下記家族については下記のとおり相違ありません

記号 番号	料	-	(世帯区分) 主 従主 後主
(准)組合員名 (世帯主名)	(氏)	(名)	事業 所名
			(適用区分) 0-個人 3-任意 1-法人

【個人番号の利用目的について】 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	年齢	性別	料飲国保資格取得日	(区分) 未就学 高1 一般 高2 介護 高3 前期 後期	
	個人番号	*個人番号欄は必ず本人確認を行ったうえで個人番号を記入してください ←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
	現在 または直近の 健康保険 加入状況 (該当欄記入)	加入 している 場合	(市町村名称) 市町村 国民健康保険 (医療保険者名称) 被扶養者(家族)	加入 して いない 場合	(医療保険者名称) (不明な場合 直近の勤務先名称)	喪失 退職	(区分) 社保離脱 生保廃止 出生 後期離脱 その他	
2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	年齢	性別	料飲国保資格取得日	(区分) 未就学 高1 一般 高2 介護 高3 前期 後期	
	個人番号	*個人番号欄は必ず本人確認を行ったうえで個人番号を記入してください ←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
	現在 または直近の 健康保険 加入状況 (該当欄記入)	加入 している 場合	(市町村名称) 市町村 国民健康保険 (医療保険者名称) 被扶養者(家族)	加入 して いない 場合	(医療保険者名称) (不明な場合 直近の勤務先名称)	喪失 退職	(区分) 社保離脱 生保廃止 出生 後期離脱 その他	
3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	生年月日	年齢	性別	料飲国保資格取得日	(区分) 未就学 高1 一般 高2 介護 高3 前期 後期	
	個人番号	*個人番号欄は必ず本人確認を行ったうえで個人番号を記入してください ←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
	現在 または直近の 健康保険 加入状況 (該当欄記入)	加入 している 場合	(市町村名称) 市町村 国民健康保険 (医療保険者名称) 被扶養者(家族)	加入 して いない 場合	(医療保険者名称) (不明な場合 直近の勤務先名称)	喪失 退職	(区分) 社保離脱 生保廃止 出生 後期離脱 その他	

専務理事	事務長	確認者	係員

補助区分	従来・特定
取得日	年 月 日
届出日	年 月 日
証交付日	年 月 日
証有効期限	年 月 日
適除年月日	年 月 日
特定該当日	年 月 日
取得日	年 月 日
届出日	年 月 日
証交付日	年 月 日
証有効期限	年 月 日
適除年月日	年 月 日
特定該当日	年 月 日
取得日	年 月 日
届出日	年 月 日
証交付日	年 月 日
証有効期限	年 月 日
適除年月日	年 月 日
特定該当日	年 月 日

[事業主記入] 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
 京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 年 月 日

事業主氏名 印

被保険者証等は事業所へ送付します
 以下を希望する場合は○をつけてください
 1. 事業主自宅住所
 2. 所属組合
 3. 代理人住所※
 ※事業主からの委任状が必要

国保組合受付印	
確認日	年 月 日

所得 区分	(当年)	(前年)
	年 月~	年 月~
備考		

