

専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支 部

加 入 申 込 書 甲組合員(事業主)用

被 保 険 者 記 号・番 号		資格取得 年 月 日	令和 年 月 日
加 入 区 分	新 規 ・ 追 加	法 人 ・ 個 人	業 態 組 合 名 業 種 コード
事 業 所 名 及 び 住 所	屋号又は商号 〒		電話番号
現 住 所	〒 電話番号		

被 保 険 者 とな る 者 の (ふ り が な) 氏 名	組 合 員 と の 続 柄	性 別	生 年 月 日	職 業	福 社 医 療	資 格 取 得 理 由
	組 合 員	男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	1 国民健康保険離脱 被保険者証の写しを添付してください
個 人 番 号		男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	2 国保組合離脱 喪失証明等を添付してください
個 人 番 号		男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	3 社会保険等離脱 喪失年月日 令和 年 月 日 喪失証明等を添付してください
個 人 番 号		男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	4 生活保護停廃止 令和 年 月 日 生保廃止決定通知書を添付してください
個 人 番 号		男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	5 出 生
個 人 番 号		男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	6 その他 具体的に書いてください
個 人 番 号		男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	

(注)世帯全員の住民票(個人番号等の省略のないもの)を添付してください。

上記のとおり規約了承のうえ申込みます。

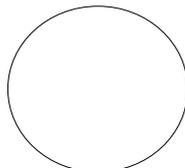
令和 年 月 日

甲組合員氏名

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

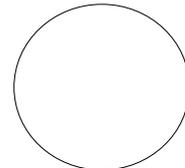
福祉医療欄は、福祉医療を受けている方があるときに、該当のものに を付けてください。

所属業態組合長確認欄



本部受付印

加入歴確認	保険料	確認欄
	月 ~ 月分 円 × ケ月分	・ 申請内容の確認 ・ 添付書類の確認



支部受付印