

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 乙組員(従業員)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					
枝番号	被保険者となる者の (ふりがな) 氏 名	組員との 続柄	性 別	生 年 月 日	職 業	福 社 医 療	住 所
			男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	〒
	個 人 番 号						
			男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	〒
	個 人 番 号						
			男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	〒
	個 人 番 号						
			男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	〒
	個 人 番 号						
			男 女	昭 平 令		乳・障 母・傷	〒
	個 人 番 号						

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。

資 格 取 得 理 由	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	4 生活保護廃止 令和 年 月 日 生活保護決定通知書を添付してください	6 その他 (イ) いずれの保険にも入っていない
	2 国保組合離脱 喪失証明書等を添付してください		(ロ) 新規雇用 令和 年 月 日 法人の新規雇用は適用除外承認申請書を添付してください
	3 社会保険等離脱 喪失年月日 令和 年 月 日 喪失証明書等を添付してください	5 出 生	

所属業態組合長確認欄

(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。

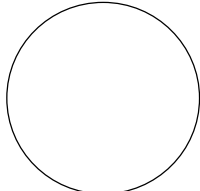
上記のとおり規約了承のうえ申込みます。

令和 年 月 日

乙組員氏名 _____

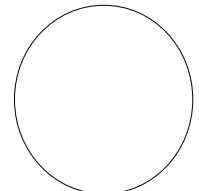
甲組員氏名 _____

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様



本部受付印

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



支部受付印