

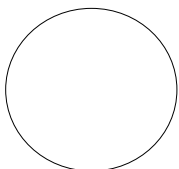
専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支 部

加 入 申 込 書 (擬制組合員用)

被 保 険 者 号 記 号・番 号			資格取得 年 月 日	令和	年	月	日	
事 業 所 名 所 及 び 住 所	法 人・個 人	屋号又は商号	業態組合名 業種コード					
	〒							電話番号
現 住 所	〒							電話番号
(ふ り が な) 氏 名		性 別	生 年 月 日			職 業		
		男 女	昭 平 令	年	月	日	1. 飲食店経営 2. 1以外()	
個 人 番 号								
資 格 取 得 理 由	1 後期高齢者医療広域連合加入 2 社会保険加入 被保険者証の写しを添付してください 3 その他 [具体的に書いてください]							
誓 約 書 誓 約 事 項	<p style="text-align: center;">私は、貴組合の擬制組合員となるにあたり、貴組合へ加入する当事業所の従業員について 下記事項を確実に履行することを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> 1 従業員の保険料をとりまとめ、納入期日までに納付すること。 2 国民健康保険法並びに貴組合同約に定められた届出行為一切。 3 従業員並びにその家族が資格喪失した後に、被保険証を使用したため医療機関より貴組合に対し 医療費等の請求があった場合、請求額一切については責任をもって弁済すること。 4 被保険者証の交付、返還及び検認、更新に関すること。 5 その他、貴組合同約に定めること並びに貴組合から依頼のあった事項。							
上記のとおり誓約し規約了承のうえ申込みます。 令和 年 月 日 擬制組合員氏名 名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様								

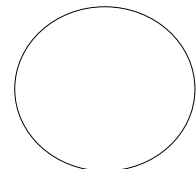
のある欄は記入しないでください。

所 属 業 態 組 合 長 確 認 欄



本部受付印

加入歴確認	確認欄
	・申請内容の確認 ・添付書類の確認 ・



支部受付印