

# 組合員の加入の場合 記入例

国民健康保険被保険者資格取得届		所属団体名	〇〇〇△△△同業組合
内ご記入ください。		【食品国保へ提出】	【世帯番号について】 ・世帯主世帯は0000 ・従業員の家系の加入は必ず世帯番号を記入してください ・今回新たに加入される従業員は空欄にしてください
被保険者番号(12桁)	1 8 8 0 1 2 3 4 1 0 2 2	形態	② 個人
事業所フリガナ	④ ケンコウショクドウ	所在地	⑥ 大阪府 ⑦ 大阪 ⑧ 中央区
事業所名	⑤ 健康食堂	〒	5 4 2 0 0 8 3
		東心斎橋 1-1-10	
		料理会館ビル	
		TEL	⑧ 0 6 6 2 5 1 5 2 1 1
加入をする方についてのみ住民票の記載どおりご記入ください。			
組合員資格区分	① 事業主 ② 従業員 ⑩ 調理・販売・接客・事務	性別	⑬ 1. 男 2. 女 ⑭ 6 0 1 0 1
フリガナ	⑪ ショクヒン タケシ	生年月日	⑮ 6 0 1 0 1
氏名	⑫ 食品 健	備考	
個人番号(マイナンバー)	⑬ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
フリガナ	⑪ ショクヒン ヤスコ	性別	⑬ 1. 男 2. 女 ⑭ 6 2 1 2 3
氏名	⑫ 食品 康子	生年月日	⑮ 6 2 1 2 3
個人番号(マイナンバー)	⑬ 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	備考	
フリガナ	⑪ ショクヒン イチロウ	性別	⑬ 1. 男 2. 女 ⑭ 2 2 4 1 5
氏名	⑫ 食品 一郎	生年月日	⑮ 2 2 4 1 5
個人番号(マイナンバー)	⑬ 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4	備考	
フリガナ	⑪ ショクヒン ジロウ	性別	⑬ 1. 男 2. 女 ⑭ 2 5 1 1 2 3
氏名	⑫ 食品 二郎	生年月日	⑮ 2 5 1 1 2 3
個人番号(マイナンバー)	⑬ 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5	備考	
世帯住所	⑬ 〒 5 4 0 0 0 0 2	TEL	⑮ 0 6 9 8 7 6 5 4 3 2
世帯住所	⑮ ⑬ 大阪 ⑭ 中央区 ⑮ 大阪城 1-1 キヤッスル大阪 2345号		
理由	⑮ ⑬ 他国保離脱・社保離脱・就職・生活保護廃止・出生・転入・結婚・その他		
当該取得届について、事業主の責任において、上記のとおり必要書類を添えて届出します。			
令和	6 年 4 月 1 日	事業主氏名	⑮ 国保健康 ⑮ 国保
大阪府食品国民健康保険組合理事長 殿			
組合使用欄 (記入しないでください。)			
取得区分	1. 世帯取得 2. 一部取得 3. 資格変更 4. 取得日誤り 5. 復活	取得日	受付印
専務理事	事務局長	課長	係長
係員	入力者	領収印	
		月 日	

この取得届は **3枚1組** です。**3枚とも提出**してください。  
事業所控は被保険者証交付時にお渡しします。

## 〈事業所についての項目〉

- ① 番号を記入【世帯番号について】を参照  
事業主…団体番号・支部番号・世帯番号0000を記入  
従業員…団体番号・支部番号・事業所番号を記入
- ② 該当する形態に○
- ③ 厚生年金適用の該当するものに○  
・有(強制適用)…法人事業所  
・有(任意適用)…個人事業所であるが任意で加入している  
・無……………個人事業所
- ④ 事業所名のフリガナを記入
- ⑤ 事業所名を記入
- ⑥ 事業所の郵便番号を記入
- ⑦ 事業所住所を記入
- ⑧ 事業所電話番号を記入

## 〈組合員についての項目〉

- ⑨ 資格区分の該当するものに○
- ⑩ 職業の該当するものに○
- ⑪ 氏名のフリガナを記入
- ⑫ 氏名を記入
- ⑬ マイナンバーを記入
- ⑭ 性別に○
- ⑮ 生年月日を記入

## 〈家族についての項目〉

- ⑯ 家族の加入がある場合は、組合員の⑪～⑮と同じ要領で家族について記入

## 〈組合員についての項目〉

- ⑰ 世帯住所の郵便番号を記入
- ⑱ 世帯住所を記入(住民票記載の通りに記入)
- ⑲ 世帯の電話番号を記入(無い場合は携帯電話番号を記入)
- ⑳ 加入理由の該当するものに○  
事業主…他国保離脱、社保離脱、その他(事業主変更等)  
従業員…他国保離脱、社保離脱、就職

## 〈事業主についての項目〉

- ㉑ 提出日を記入
- ㉒ 事業主氏名を記入
- ㉓ 事業主の認印を押印

★ 届出に必要な添付書類は、届書の裏面に記載

# 家族の加入の場合 記入例

所属団体名 ○○○△△△同業組合

## 国民健康保険被保険者資格取得届

【食品国保へ提出】

【世帯番号について】  
 ・事業主世帯は0000  
 ・従業員の家族の加入は必ず世帯番号を記入してください  
 ・今回新たに加入される従業員は空欄にしてください

内ご記入ください。

被保険者番号 (12桁)	1	8	8	0	1	2	3	4	0	1	2	3
形態	① 個人 株式・有限・合同・合名・合資											
厚年適用	② 有(強制適用) 有(任意適用) ③ 無											
フリガナ	④ ケンコウショクドウ											
事業所名	⑤ 健康食堂											
事業番号	⑥ 行 5 4 2 0 0 8 3											
所在地	⑦ 大阪府 大阪 市 中央区											
〒	東心斎橋 1-1-10											
ビル名	料理会館ビル											
TEL	⑧ 0 6 6 2 5 1 5 2 1 1											

加入をする方についてのみ住民票の記載どおりご記入ください。

資格区分	1. 事業主 2. 従業員 職業 ・ 調理 ・ 販売 ・ 接客 ・ 事務											
フリガナ	氏名											
性別	1. 男 2. 女 生年月日 昭和 平成 令和											
個人番号	マイナンバー											

フリガナ	ショクヒン											
氏名	食品 保											
性別	1. 男 2. 女 生年月日 昭和 平成 令和											
個人番号	11567890123456											

フリガナ	氏名											
性別	1. 男 2. 女 生年月日 昭和 平成 令和											
個人番号	マイナンバー											

フリガナ	氏名											
性別	1. 男 2. 女 生年月日 昭和 平成 令和											
個人番号	マイナンバー											

世帯住所	〒 5 4 0 0 0 0 2 TEL 0 6 1 2 3 4 5 6 7 8											
⑮ 大阪 中央区 大阪城 1-1 キャッスル大阪 321号												

理由	⑰ 他国保離脱 ・ 社保離脱 ・ 就職 ・ 生活保護廃止 ・ 出生 ・ 転入 ・ 結婚 ・ その他											
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

当該取得届について、事業主の責任において、上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 6 年 4 月 1 日	事業主氏名	⑱ 国保健康									
----------------	-------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組合使用欄 (記入しないでください。)

取得区分	1. 世帯取得 2. 一部取得 3. 資格変更 4. 取得日誤り 5. 復活					取得日						受付印
専務理事	事務局長	課長	係長	係員	入力者	領収印	月 日					

この取得届は 3枚1組 です。3枚とも提出してください。事業所控は被保険者証交付時にお渡しします。

### 〈組合員についての項目〉

① 番号(組合員の被保険者証番号12桁)を記入 【世帯番号について】を参照

### 〈事業所についての項目〉

- ② 該当する形態に○
- ③ 厚生年金適用の該当するものに○  
 ・有(強制適用)・・・法人事業所  
 ・有(任意適用)・・・個人事業所であるが任意で加入している  
 ・無……………個人事業所
- ④ 事業所名のフリガナを記入
- ⑤ 事業所名を記入
- ⑥ 事業所の郵便番号を記入
- ⑦ 事業所住所を記入
- ⑧ 事業所電話番号を記入

### 〈今回加入する家族についての項目〉

- ⑨ 氏名のフリガナを記入
- ⑩ 氏名を記入
- ⑪ マイナンバーを記入
- ⑫ 性別に○
- ⑬ 生年月日を記入

### 〈組合員についての項目〉

- ⑭ 世帯住所の郵便番号を記入
- ⑮ 世帯住所を記入  
 ※組合員の住所に変更がある場合は、「被保険者変更届」を同時に提出してください
- ⑯ 世帯の電話番号を記入(無い場合は携帯電話番号を記入)

### 〈今回加入する家族についての項目〉

- ⑰ 加入理由の該当するものに○  
 家族・・・他国保離脱, 社保離脱, 生活保護廃止, 出生, 転入, 結婚, その他(資格変更等)

### 〈事業主についての項目〉

- ⑱ 提出日を記入
- ⑲ 事業主氏名を記入
- ⑳ 事業主の認印を押印

★ 届出に必要な添付書類は、届書の裏面に記載