

記入例


事業所確認書

<input checked="" type="checkbox"/> 事業所加入届時	
<input type="checkbox"/> 事業主・事業所名・所在地・事業形態等変更届時	ご確認の上、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。
・ 当事業所は、大阪府下において食品の製造、加工、調理、又は販売の事業に従事しています。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 廃業した時、大阪府下に事業所を有さなくなったとき、又は上記の業種でなくなった時は資格喪失の届出を速やかに行います。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 事業形態は <input checked="" type="checkbox"/> 個人事業所です。 <input type="checkbox"/> 法人事業所です。	
・ 個人事業所が法人事業所に事業形態が変わると社会保険の強制適用となるため、食品国保に継続加入する場合は、事前に貴組合に連絡の上 年金事務所へ健康保険の適用除外承認申請を行います。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 個人事業所であっても販売業、製造業等については、従業員が5人以上となると社会保険の強制適用となるため、食品国保に継続加入する場合は、年金事務所へ健康保険適用除外申請を行います。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 定期的に行われる資格確認調査等には、必要に応じた確認書類を提出します。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 事業主世帯、従業員世帯に属する被保険者の資格得喪の届出は、事業主の責任において速やかに行います。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 事業主、従業員、家族の資格喪失後の被保険者証・高齢受給者証は、事業主の責任において返還します。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 組合員及び家族に賦課される保険料は、事業主の責任において当月内に納付します。	<input checked="" type="checkbox"/>
・ 正当な理由がなく、保険料の未納が続くときは、組合の規程により除名となる場合があります。	<input checked="" type="checkbox"/>

(注) 法人事業所の新規加入はできません。
また、加入される事業所が個人事業所であっても他に法人事業所から報酬を受け取っている場合は社会保険の強制適用となるため、加入できません。

上記事項を確認し、了承いたします。

令和 6 年 9 月 1 日

事業所名	健康食堂
事業主 自 署	国保 健康 

大阪府食品国民健康保険組合理事長 殿