

決 裁	令和 年 月 日
	理事長 担当理事 事務局長 担当者

協力員 検印
-----------

## 被保険者資格取得届（加入申込書）

加入年月日	令和 年 月 日
保険料納入	月分より納入

被保険者証記号番号
79 -

取得区分
新規 追加

被保険者区分
事業主 従業員 家族

※個人番号（マイナンバー）が記載されている住民票が必要です。

個人番号 (マイナンバー)					
フリガナ 組合員氏名	( )	続柄	性別	生年月日	職業
		本人	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)	
現住所	〒 TEL ( )	携帯	( )		
連絡先 (実家等)	〒 TEL ( )				
事業所 コード	-	（組合で記入 致します）	事業主氏名	上記の組合員が加入することを承認し 保険料納付その他について、責任を負 います。（個人番号及び本人確認済）	加入事由
フリガナ 美容室名	( )			印	1. 転 入 2. 移 動 3. 社会保険離脱 4. 出 生 5. 生活保護廃止 6. そ の 他
事業所 所在地	〒 TEL ( )	FAX ( )			
備考	現在加入している又は、資格を喪失した健康保険の記号・番号・保険者名・資格喪失年月日等 法人事業所の名称・所在地・電話番号等				

加入する家族氏名(フリガナ)	個人番号(マイナンバー)	続柄	性別	生年月日
2 ( )			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
	職業	勤務先		
3 ( )			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
	職業	勤務先		
4 ( )			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
	職業	勤務先		

上記のとおり加入いたしたく、申し込みます。(必ず、御署名・御捺印をお願い致します。)

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名

印

東京美容国民健康保険組合 理事長殿

注  
意  
事  
項

- 1 世帯全員の住民票(個人番号付)を必ず添付してください。(三ヶ月以内に発行のもの)
- 2 現在加入している健康保険証のコピー、又は離脱証明書を添付してください。
- 3 事業主の署名・捺印は必ず必要です。