

新規事業所加入の際の必要書類(個人事業所)

この度はご連絡いただきありがとうございました。
お申込みにつきまして、下記書類をご用意いただきご返送くださいますよう
よろしくお願いいたします。

1. {保健所} 確認書のコピー (参考資料1)

※紛失等してお手元がない場合は保健所に証明願を申請し
保健所の確認を受けた美容室である証明書を添付してください。

2. {税務署} 所得税の確定申告書第一票のコピー (参考資料2)

※前年度の確定申告を現在の経営形態で行っていない場合は
税務署に提出する「**個人事業の開業届**」の控え (参考資料3)

3. 被保険者資格取得届 (加入申込書)

※1世帯につき1枚ご記入ください

4. マイナンバー記載の世帯全員の住民票の原本

※住民票にマイナンバーの記載がない場合は
通知カード又は番号カードのコピーを添付して下さい。

5. 現在加入している健康保険証のコピー又は確認書のコピー 又は離脱証明書

6. 家族 (同一世帯家族) の健康保険加入状況の確認書

当組合に加入する事業所は、東京都内に店舗があり、個人事業所に限ります。
登録されてから法人化する際には、必ず事前に連絡をお願いいたします。
手続きのご案内をいたします。

※同一世帯で区市町村の国民健康保険組合に加入されている場合は、世帯で包括
して加入となりますのでご申請の際はご注意ください。

東京美容国民健康保険組合

TEL03-5908-8201

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）が記載されている世帯全員形式の住民票が必要です。

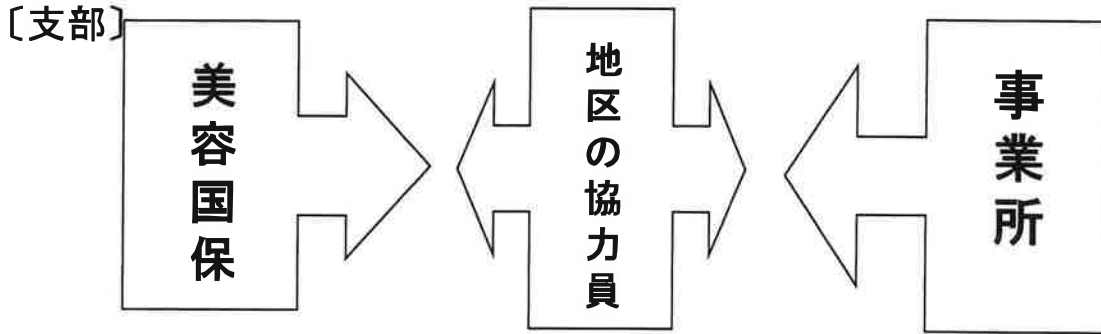
個人番号 (マイナンバー)					
フリガナ 組合員氏名	()	続柄	性別	生年月日	職業
		本人	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)	
現住所	〒 携帯 ()	TEL	()		
連絡先 (実家等)	〒 携帯 ()	TEL	()		
事業所 コード	-	(組合で記入 致します)	事業主氏名	組合員、及び家族が加入することを承諾 します。保険料納付等について貴組合に 負担をかけないことを誓約いたします。 (個人番号及び本人確認済)	加入事由
フリガナ 美容室名	()			(自署)	1. 転入 2. 移動 3. 社会保険離脱 4. 出生 5. 生活保護廃止 6. その他
事業所 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				
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			
上記のとおり加入したく、同一世帯員の該当者とともに申込みます。 令和 年 月 日					
組合員氏名					(自署)
東京美容国民健康保険組合 理事長殿					

注意 事項

- 1 世帯全員形式の住民票(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 現在加入している資格確認書・資格情報のお知らせのいずれかのコピー(国保からの異動)、又は資格喪失証明書のコピー(社保からの異動)を添付してください。
- 3 事業主の自署(署名)は必ず必要です。

事業所の登録と保険料のお支払い方法

- 事業主が「東京都美容生活衛生同業組合」に加入されている方



※毎月、美容組合の協力員を通して健康保険料を徴収します。

①あてはまるものに○をつけてください。

支部		支部名	
未加入			

の中を記入の上、申請書と同封してください。

東京美容国民健康保険組合
TEL03-5908-8201