

参考資料 1

美容 太郎

令和 年 月 日付で開設届のあった下記の
美容所については、美容師法第12条の規定により確認する。

令和 年 月 日

新宿 区保健所長

記

- 1 施設の名称 美容室 東美
- 2 施設の所在地 東京都新宿区西新宿二丁目1番1号

お店の住所や屋号に変更がある場合

- 変更後の、最新の状態の「保健所開設届済み確認書」のコピーをお送りください。
- 過去に区画整理などがあって住所表示が異なる場合は、その旨お知らせください。
- ※紛失等により確認書がない場合は、保健所が発行する「証明書」または「証明願い」のコピーをお送りください。

参考資料 3

税務署受付印		1 0 4 0	
個人事業の開業・廃業等届出書			
納税地	住所地・居所地・事業所等（該当するものを○で囲んでください。） (TEL -)		
税務署長	上記以外の住所等 納税地以外に住所等がある場合は記載します。 (TEL -)		
年 月 日提出	フリガナ	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日生
氏名		印	
職業		〒 番 号	
個人事業の開業等について次のとおり届けます。			
届出の区分 〔該当する文字を○で囲んでください。〕	開業（事業の引継ぎを受けた場合は、受けた先の住所・氏名を記載します。） 住所 _____ 氏名 _____ 事務所・事業所の（新設・増設・移転・廃止） 廃業（空白） （事業の引継ぎ（譲渡）による場合は、引き継いだ（譲渡した）元の住所・氏名を記載します。） 住所 _____ 氏名 _____		
開業・廃業等日	開業や廃業、事務所・事業所の増設等があった日 令和 年 月 日		
事業所等を 増設、移転、 廃止した場合	増設、移転後の所在地	(電話)	
	移転、廃止前の所在地		
廃業の事由が法人の設立に伴うものである場合	設立法人名	代表者名	
	法人納税地	設立登記	令和 年 月 日
開業・廃業に伴う届出書の提出の有無	「青色申告承認申請書」又は「青色申告の取りやめ届出書」	有・無	
	消費税に関する「原税事業者選択届出書」又は「事業廃止届出書」	有・無	
事業の概要 〔できるだけ具体的に記載します。〕			
給与等の支払	区分	従業員数	給与の定め方
	専従者	人	税額の有無
	代理人		有・無
			その他

税務署等による受付が証明できるものをご提出をお願いします。

※電子申告の場合はメール詳細のページ（電子申告の受付番号、受付日時等のわかるページ）の写しをご提出ください。

※電子申告以外に限り（郵送や来訪など）令和7年1月から申告書の控えに収受日付印の押なつが終了したことにより、押なつなしで受付いたします。

但し、届出書控えの余白に税務署に届出された届出日

（例：令和7年3月1日）をご記入いただきご提出ください。

記入見本

裏面もご覧ください。

赤字

は必ず記入

決	令和	年	月	
裁	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)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

フリガナ 組合員氏名	(トウキョウ タロウ) 東京 太郎	続柄	性別	生年月日	職業
		本人	男・女	昭和 平成 令和 57年 4月 3日 (年齢 36才)	美容師

現住所	〒163-0436 携帯 090 (1234) 5678 TEL 03 (5908) 8201 東京都新宿区西新宿2-2-1 新宿三井ビル 36F	※自宅の電話番号、又は 携帯番号は必ず記入してください
-----	--	--------------------------------

連絡先 (実家等)	〒 携帯 () TEL () (同上)
--------------	--------------------------

事業所 コード	100-123456	(組合で記入 致します)	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	(トウキョウ ビヨウシツ) TOKYO美容室	事業主氏名	東京 太郎 (自署)	1. 転入 2. 移動
--------------	-----------------------------	-------	------------	----------------

事業所 所在地	〒151-0053 TEL 03 (1111) 2222 FAX 03 (1111) 2223 東京都渋谷区代々木1-56-4	3. 社会保険離脱 4. 出生
------------	--	--------------------

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	5. 生活保護廃止 6. その他
----	--	---------------------

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
----------------	--------------	----	----	------

(トウキョウ ハナコ) 東京 花子	123456789013	妻	男・女	昭和 平成 令和 61年 11月 22日 (年齢 32才)
	職業	主婦	勤務先	

(トウキョウ イチロウ) 東京 一郎	123456789014	長男	男・女	昭和 平成 令和 24年 3月 18日 (年齢 6才)
	職業		勤務先	

()			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 1 年 5 月 1 日

組合員氏名 東京 太郎 (自署)

東京美容国民健康保険組合 理事長殿

家族加入の場合は記入

注意事項

- 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)
- 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。
- 事業主の自署(署名)は必ず必要です。

家族（同一世帯家族）の健康保険加入状況の確認書（記入例）

令和 1 年 5 月 1 日現在

種別	氏名	性別	生年月日	続柄	現在加入している健康保険（保険者の名称）※1	
1 本人	美容 太郎	男	平成 10 年 4 月 1 日 昭和 令和	本人	国保（新宿市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
2 家族	美容 花子	女	平成 9 年 5 月 30 日 昭和 令和	妻	国保（市（区）） 社保・その他（全国健康保険協会 東京支部）	本人 扶養
3 家族	美容 一郎	男	平成 29 年 6 月 15 日 昭和 令和	長男	国保（市（区）） 社保・その他（全国健康保険協会 東京支部）	本人 扶養
4 家族		男・女	平成 年 月 日 昭和 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
5 家族		男・女	平成 年 月 日 昭和 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
6 家族		男・女	平成 年 月 日 昭和 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養

※1 現在加入している健康保険名（保険者の名称）の確認の仕方

保険証の下に保険者名という欄がありますので、家族の皆様の保険証をご確認いただき、その名称を上の表にご記入ください。

国民健康保険被保険者証 記号 99-99 番号 123456 氏名 国保 花子 生年月日 平成29年3月4日 性別 女 世帯主 国保 太郎 資格取得年月日 平成29年1月1日 交付年月日 平成29年2月1日 住所 東京都新宿区西新宿1丁目 保険者名称 新宿区

健康保険被保険者証 記号 98/6543 番号 210 氏名 国保 花子 生年月日 平成29年3月4日 性別 女 資格取得年月日 平成29年1月1日 交付年月日 平成29年2月1日 事業所名 △△商事 保険者名称 全国健康保険協会 東京支部
--

美容国保に加入する場合、お住まいの国保と同様に、世帯全員での加入が原則となります（他組合加入者、後期高齢者、社保加入者等を除く）。そのため、組合員の世帯に属するご家族（住民票上同一世帯の方でお住まいの国保の保険証をお持ちの方）は、美容国保へご一緒に加入してください。美容国保への加入を望まないご家族がいる場合は、区市町村の役所にて、世帯分離の手続きが必要になります。世帯分離を行った場合は、世帯分離後に改めて世帯全員の住民票をお取りください。（夫婦間や、小さなお子様との分離等、世帯分離ができない場合もありますのでご注意ください）

※単身世帯の方は、提出不要です。

※必ず世帯全員形式の住民票をお送りください。