

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	
<h2>個人事業の開業・廃業等届出書</h2>			
納税地	住所・居所地・事業所等 (該当するものを○で囲んでください。)		
税務署長	(TEL -)		
上記以外の住所・事業所等	納税地以外に住所・事業所等がある場合は記載します。		
フリガナ	(TEL - -)		
氏名	生年月日	大正 昭和 平成	
職 業	印	年 月 日生	
	印	号	
<p>個人事業の開業等について次のとおり届けます。</p>			
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 (事由) (事業の引継ぎ (譲渡) による場合は、引き継いだ (譲渡した) 先の住所・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・事業所の新増設等のあった日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
事業所等を新増設、移転、廃止した場合	新増設、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「課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	従事員数	給与の定め方
	専従者	人	税額の有無
	他		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) の写しもご提出ください。

※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。

赤文字

は必ず記入

令和	年	月		
理事長	担当理事	事務局長	担当者	
裁				

協力員 検印	
-----------	--

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	取得区分	被保険者区分			
79 -	新規	追加	事業主	従業員	家族

個人番号 (マイナンバー)	123456789012					
フリガナ 組合員氏名	(トウキョウ タロウ) 東京 太郎		続柄 本人	性別 男・女	生年月日 昭和 平成 令和 57年 4月 3日 (年齢 36 才)	職業 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)	事業主氏名	東京 太郎 (自署)		
フリガナ 美容室名	(トウキョウ ビヨウシツ) TOKYO美容室		加入事由			
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					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
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					

※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。

家族加入の場合は記入

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 (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)
3 (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)
4 ()			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)

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

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。

世帯全体の住民票の提出方法及び郵送方法について

当組合に、各種届出や申請書に添付書類として「世帯全体の住民票」を提出する場合には
**美容国保加入者以外の方のマイナンバー部分を油性マジックペンで塗り潰すなど、マスキングをしたうえで
 ご提出いただけますようお願いいたします。**詳しくは下記の住民票の例をご参照ください。

尚、マイナンバーは本人の同意があっても法定で示された業務以外に使用、提供することが禁止されている等、
 個人情報よりも厳格な取扱いが必要な「特定個人情報」となります。

個人情報の漏えい、滅失を防止する観点から、特定個人情報を含む書類（マイナンバー記載の住民票等）を
 美容国保に郵送する場合は、**特定記録又は簡易書留等、郵便物の追跡が可能な方法で郵送いただけますよう
 お願いいたします。特定記録又は簡易書留はポストへの投函ができませんので、お近くの郵便局の窓口で
 お手続きが必要になります。**

※当組合に特定記録に対応している返信用封筒を用意しておりますので、必要な場合は
 事務局迄ご連絡をお願いいたします。（着払いのため、郵便料金はかかりません）

住民票 (例)				※マスキング参考例	
①	氏名 美容 一郎 (他保険加入者)		個人番号	[マスキング]	
			住民票コード	省略	
生年月日	昭和29年9月29日	性別 男	続柄 世帯主	住民となった年月日 平成28年1月1日	
住所	東京都新宿区西新宿2丁目1番1号		本籍	省略	
世帯主	美容 一郎		筆頭者	省略	
平成28年1月1日 東京都渋谷区代々木1丁目56番4号から転居 平成28年1月5日 転居届出					
②	氏名 美容 花子 (他保険加入者)		個人番号	[マスキング]	
			住民票コード	省略	
生年月日	昭和34年1月10日	性別 女	続柄 妻	住民となった年月日 平成28年1月1日	
住所	東京都新宿区西新宿2丁目1番1号		本籍	省略	
世帯主	美容 一郎		筆頭者	省略	
平成28年1月1日 東京都渋谷区代々木1丁目56番4号から転居 平成28年1月5日 転居届出					
※個人番号記載の住民票をお取りください。					
③	氏名 美容 太郎 (美容国保加入予定者)		個人番号	123456789012	
			住民票コード	省略	
生年月日	平成2年4月4日	性別 男	続柄 子	住民となった年月日 平成28年1月1日	
住所	東京都新宿区西新宿2丁目1番1号		本籍	省略	
世帯主	美容 一郎		筆頭者	省略	
平成28年1月1日 東京都渋谷区代々木1丁目56番4号から転居 平成28年1月5日 転居届出					
この写しは、世帯全体の住民票の原本と相違ないことを証明する。 平成30年9月30日					

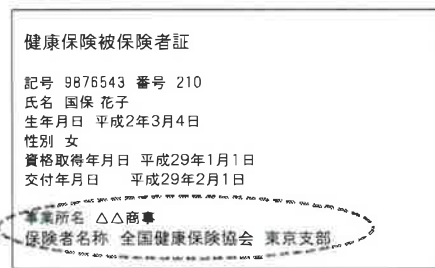
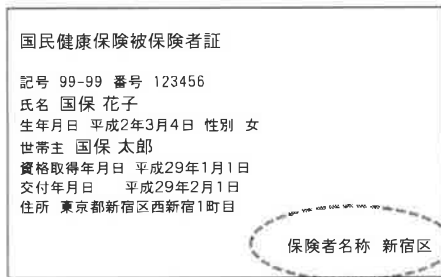
家族（同一世帯家族）の健康保険加入状況の確認書（記入例）

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	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	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	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		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
5 家族		男・女	平成 年 月 日		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
6 家族		男・女	平成 年 月 日		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、その名称を上表にご記入ください。



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。

《記入例》

申請書

令和 年 月 日

東京美容国民健康保険組合
理事長 殿

私は下記のことを誓約し、東京美容国民健康保険組合の事業主組合員として加入することを申請致します。

- 法人名
ご本人様記入**
(個人事業所の場合は、
・店名
をご記入)
- 私は、株式会社TOKYO の事業所内において、自らが個人事業主として美容の業務を営むこと。
 - 私は、株式会社TOKYO と雇用関係はないので、その適用される社会保険（健康保険及び厚生年金保険）に加入しないこと。
 - 私は、社会保険に関する法令（健康保険法及び厚生年金法等）等を遵守すること。

以上

令和 年 月 日

ご本人様記入

事業所所在地	お店の住所
住所	本人の自宅住所
加入事業主氏名	本人の氏名 <small>印</small>

この申請書に記載されたことを証明致します。

**お店様記入欄
法人名と法人印**

(個人事業所の場合は、
・店の住所
・店名
・代表者名
・代表者印
をご記入ください)

住所	本社の住所
社名	株式会社TOKYO
代表者	株式会社TOKYO 代表取締役 美容翼 <small>印</small>
	貸している代表者

✂✂ 毎月の美容国民健康保険料の納入に ✂✂

東京美容国保では、健康保険料の支払いの便利な口座振替をお勧めしております。加入申請の際に一緒にご提出頂きますよう宜しくお願い致します。

- ☀ 東京美容国民健康保険組合では、毎月の保険料の預金口座振替（自動引き落とし）を行っています。

口座振替をご利用されますと、ご指定された金融機関の預金口座より、その月の保険料が **毎月 23日**（23日が金融機関休業日の場合は翌営業日）に、自動振替で納付されます。

- 🌸 納入忘れや、毎月の金融機関への振込み作業等がなくなります。
便利な口座振替を、ぜひご利用願います。➡

🌸 振替手数料等は、一切かかりません。

🌸 全国の銀行・信用金庫・農協等が指定できます。
（ゆうちょ銀行等一部取り扱っていない金融機関があります。）

🌸 三井住友カード（旧SMBCファイナンスサービス）が振替業務を代行します。

- ◆ 御希望される方、又は御不明な点がございましたら、お問い合わせ下さい。◆

東京美容国民健康保険組合

☎ 03-5908-8201

預金口座振替依頼書 (美容国民健康保険料) 自動払込利用申込書

記入例

預金口座振替依頼書
自動払込利用申込書

ご記入日

令和 ○年 ○月 ○日

ゆうちょ銀行以外の銀行、またはゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

ゆうちょ銀行以外の銀行	金融機関コード	支店コード	預金種目	口座番号
	○ ○ 銀行 信用金庫 組合	○ ○ 本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7
ゆうちょ銀行	(フリガナ)	ビヨウ タロウ		金融機関お届け印
	口座名義人	美容 太郎		美容
法人の場合は、社名、代表者 役名、氏名を省略せずにご記入ください。				
ゆうちょ銀行	(フリガナ)	ビヨウ タロウ		ゆうちょ銀行お届け印
	口座名義人	美容 太郎		美容
法人の場合は、ゆうちょ銀行へお届けの社名、代表者 役名、氏名を省略せずにご記入ください。				
種目コード	契約種別 コード	記号	番号	右詰めでご記入ください。
1 6 6	3 0	1 2 3 4 0	6 7 8 9 0 3 2 1	
払込先口座番号 00110-5-58830		払込先加入者名 三井住友カード株式会社		捨印 (ゆうちょ銀行を除く)

口座番号は右詰めで記入してください。

番号は右詰めで記入してください。

事業所の住所、事業所名を記入してください。

〒 163-0436	TEL 03-5908-8201
住 所	東京都新宿区西新宿2-2-1 新宿三井ビル 36F
フリガナ	トウキョウビヨウシツ
事業所名	TOKYO美容室
(預金者と異なる場合のみご記入ください)	

ゆうちょ銀行以外の時に捺印してください。

口座振替について

- 三井住友カード株式会社(旧SMBCファイナンスサービス)の預金口座振替となります。通帳には、SMBCファイナンス/フリカエ/クレジットその他が印字されます。
- 引き落とし金額の内訳等は東京美容国民健康保険組合にお問い合わせください。
- 健康保険料の口座振替日は、毎月23日(金融機関が休業日の場合は翌営業日)となります。

なお、不明な点がございましたら、
遠慮なく当組合にお問い合わせください。

東京美容国民健康保険組合

電話 03(5908)8201