

京都府酒販国民健康保険 加入資格 申告書

準 組 合 員	記 号	酒	番 号	0		—				
	フリカナ						生年 月日	昭和 平成 年 月 日		
	氏 名									
	住 所	〒 —					性 別	男 ・ 女		
	連絡の取れる電話番号		— —							

被 保 険 者 （ 酒 販 国 保 に 加 入 し て い る 家 族 ）									
フリカナ					住 所	〒 —			
氏 名									
生年月日	昭平令	年	月	日	性 別	男・女	続 柄		
フリカナ					住 所	〒 —			
氏 名									
生年月日	昭平令	年	月	日	性 別	男・女	続 柄		
フリカナ					住 所	〒 —			
氏 名									
生年月日	昭平令	年	月	日	性 別	男・女	続 柄		
フリカナ					住 所	〒 —			
氏 名									
生年月日	昭平令	年	月	日	性 別	男・女	続 柄		
フリカナ					住 所	〒 —			
氏 名									
生年月日	昭平令	年	月	日	性 別	男・女	続 柄		

上記の者は、私が雇用する従業員であり 記入のとおり、従業員及びその家族が酒販国保の加入資格を満たしていることを申告します。

令和8年9月 日 京都府酒販国民健康保険組合 理事長 殿

酒	0		—			
---	---	--	---	--	--	--

組 合 員
(酒類販売免許人)

印

※自署の場合、捺印不要

組合員からの申告書のとおり確認し、誤りがないことを証明します。

令和8年 月 日 地 区 長

印