

京都府酒販国民健康保険 加入資格 申告書

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			— —						
酒 類 販 売 免 許	住 所	〒 —								
	店舗名					免許を複数持っている	☐ はい ☐ いいえ			
	電 話				免許等年月日		年 月 日			

被 保 険 者 （ 酒 販 国 保 に 加 入 し て い る 方 ）									
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		

雇 用 状 況 に つ い て

酒 販 国 保 に 加 入 し て い る 準 組 合 員					
	氏 名	勤務期間	勤務時間	勤務日数	雇 用 形 態
1		か月 定めなし	時間/1日	日/1か月	正規従業員 パートタイマー アルバイト その他
2		か月 定めなし	時間/1日	日/1か月	正規従業員 パートタイマー アルバイト その他
3		か月 定めなし	時間/1日	日/1か月	正規従業員 パートタイマー アルバイト その他
4		か月 定めなし	時間/1日	日/1か月	正規従業員 パートタイマー アルバイト その他
準 組 合 員 の 人 数				人	

加入資格申告書及び上記雇用状況のとおり、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

組 合 員

印

※自署の場合、捺印不要

組合員からの申告書及び雇用状況のとおり確認し、誤りがないことを証明します。

令和8年 月 日

地区長

印