

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)

※紛失等してお手元に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

新規加入事業所

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) (自署)	加入事由
フリガナ 美容室名	()				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
()			男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 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
()			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

- 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)
- 現在加入している保険証・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)、又は離脱証明書のコピー(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

令和 年 月 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		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和	本人	国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
2	家族		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
3	家族		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
4	家族		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
5	家族		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和		国保（市（区）） 社保・その他（ ）	本人 扶養
6	家族		男・女	昭和 平成 年 月 日 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、その名称を上の上の表にご記入ください。

<p>国民健康保険被保険者証</p> <p>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</p> <p style="text-align: center;">保険者名称 新宿区</p>
--

<p>健康保険被保険者証</p> <p>記号 9876543 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</p> <p>事業所名 △△商事 保険者名称 全国健康保険協会 東京支部</p>

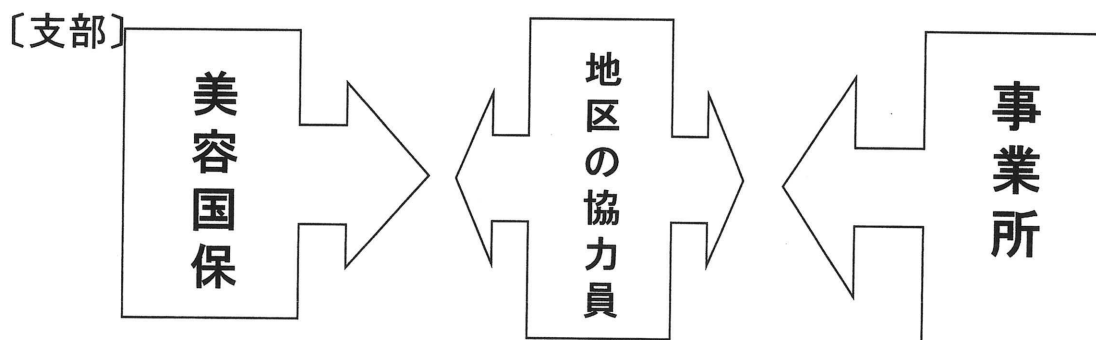
美容国保に加入する場合、お住まいの国保と同様に、世帯全員での加入が原則となります（他組合加入者、後期高齢者、社保加入者等を除く）。そのため、組合員の世帯に属するご家族（住民票上同一世帯の方でお住まいの国保の保険証をお持ちの方）は、美容国保へご一緒に加入してください。美容国保への加入を望まないご家族がいる場合は、区市町村の役所にて、世帯分離の手続きが必要になります。世帯分離を行った場合は、世帯分離後に改めて世帯全員形式の住民票をお取りください。（夫婦間や、小さなお子様との分離等、世帯分離ができない場合もありますのでご注意ください）

※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。

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