

事業所等の状況

事業所の形態	1. 個人事業所 〔但、従業員が5人未満の事業所に限る。〕	イ. 事業主 ロ. 従業員
	2. 法人事業所 〔但、健保適用除外事業所に限る。〕	イ. 代表者 ロ. 従業員

事業所	所在地	〒 - 東京都
	名称	
	TEL	()

※加入する組合員が従業員の場合は以下の欄も記入してください。

事業主 (代表者)	住所	〒 -
	氏名	
	TEL	()
	保険証の 記号番号	88 - . 号

誓約書

私は、貴組合の被保険者として加入の認定がありましたときは、下記の事項を遵守することを誓約します。

記

1. 保険料は毎月納期日までに所属支部宛に納付します。
2. 保険証は大切に取扱い、脱退するときは速やかに返還します。
3. 諸種届出は事実に基づき、期日内に提出します。
4. 虚偽の届出があったとき、故意に保険事故を生じたり違法の行為があったときは貴組合の指示に従います。

年 月 日

加入する
組合員の
住所
氏名

東京建設職能国民健康保険組合理事長 殿