

国民健康保険被保険者資格取得届

(事業主組合員)

(ご注意)※印の欄は記入しないで下さい。

※被保険者証 記号番号	市 国																			所属団体名	
資格取得 年月日	令和 年 月 日																市場・商店会・商店街・()				
フリガナ													業 種	フリガナ							
店 名													業 種	団体チェック 市場代表者 又は 母体団体名	代表者 _____ 印	令和 年 月 日確認済					
フリガナ 店住所	〒 - TEL () -																				
フリガナ 自宅住所	〒 - TEL () - 携帯 - -																				
フリガナ	氏 名				性別	生年月日	氏 名				性別	生年月日									
1					男・女	昭・平・令 ・	フリガナ					男・女	昭・平・令 ・								
個人番号 (マイナンバー)					続柄		個人番号 (マイナンバー)					続柄									
フリガナ					男・女	昭・平・令 ・	フリガナ					男・女	昭・平・令 ・								
2					男・女	昭・平・令 ・	フリガナ					男・女	昭・平・令 ・								
個人番号 (マイナンバー)					続柄		個人番号 (マイナンバー)					続柄									
フリガナ					男・女	昭・平・令 ・	フリガナ					男・女	昭・平・令 ・								
3					男・女	昭・平・令 ・	フリガナ					男・女	昭・平・令 ・								
個人番号 (マイナンバー)					続柄		個人番号 (マイナンバー)					続柄									
資格取得事由 (○印)	1. 社会保険離脱 2. 出生 3. 市町村国保喪失及びその他 4. 所属変更 5. 資格変更																				

◎個人番号確認・身元確認書類を添付して下さい。

- 本紙に必要な書類を添えてお届けします。(不足書類があると手続きができない場合があります)
- 組合が実施する資格確認等、適用に関する調査について協力することを誓約いたします。

*上記に同意いただいた上で、下記をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

組合員(事業主) _____ 印

個人番号(マイナンバー) _____

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印

扱年度	
扱年月	
受付No.	

決 裁	副理事長	事務局長	課長	係長	係員
令和 年 月 日					
被保険者証 交付訂正		令和 年 月 日			

