

国民健康保険被保険者資格取得届

(従業員組合員)

(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										団体チェック		代表者 _____ 印	
店 名												市場代表者 又は 母体団体名		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 - -			
氏 名		性別		生年月日		氏 名		性別		生年月日					
フリガナ		男・女		昭・平・令 ・		フリガナ		男・女		昭・平・令 ・					
1						4									
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						5									
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						6									
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。

1. 本紙に必要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)
2. 保険料の納入、資格喪失時の保険者証の回収等、いかなる場合も事業主の責任において取り扱う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
---------------	----------

※ 国民健康保険法第19条第1項に基づき、本紙を資格取得届、各種変更届の添付書類として世帯全員分の住民票を添えて必ずご提出ください。

* 担当者確認

世帯加入状況確認書

* 印は記入しないでください。

* 記号番号	種別	氏名	性別	生年月日	続柄	保険種別	保険者名
	1	本人	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	/	/	/
	2	家族	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		1.国保 2.社保 3.国保組合 4.共済 5.()	本人 ・ 扶養 (家族)
	3	家族	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		1.国保 2.社保 3.国保組合 4.共済 5.()	本人 ・ 扶養 (家族)
	4	家族	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		1.国保 2.社保 3.国保組合 4.共済 5.()	本人 ・ 扶養 (家族)
	5	家族	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		1.国保 2.社保 3.国保組合 4.共済 5.()	本人 ・ 扶養 (家族)
	6	家族	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		1.国保 2.社保 3.国保組合 4.共済 5.()	本人 ・ 扶養 (家族)

資格取得届、各種変更届における、家族(世帯)の保険加入状況について、上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日

組合員氏名 _____ 印

大阪府小売市場国民健康保険組合
理事長様