

# 住所変更届

※個人番号確認・身元確認書類を添付して下さい

被保険者証 記号番号	市 国                      ー
変更後住所 電話番号	〒 _____  TEL (                      ) _____
変更年月日	平成・令和                      年                      月                      日
理 由	1. 転 居 2. 住居表示変更 3. 別 居 (                      ) 4. その他 (                      ) 交付枚数 ( 世帯全員                      枚 /                      枚)
交付年月日	令和                      年                      月                      日

上記のとおり必要書類※を添えて届けます。

申請日                      令和                      年                      月                      日

組合員 (世帯主)                      \_\_\_\_\_ (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

※必要書類

住民票の写し (世帯全員分)・本人確認書類・保険者証

(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					

※ 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