国民健康保険被保険者資格取得届

（事業主組合員）

記入例
（市町村国保から転入の場合）

（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	小売いちば商店会 市場 (商店会) 商店街・（　　）
資格取得年月日	令和　3　年　4　月　1　日		
フリガナ	コウリイチバショウテン	業　種	団体チェック 市場代表者又は母体団体名
店名	小売いちば商店	鮮魚小売業	代表者 令和　年　月　日確認済
フリガナ 店住所	〒540－0026　TEL（06）6942－1691 オオサカシチュウオウクウチホンマチ 大阪市中央区内本町２丁目４番７号		
フリガナ 自宅住所	〒540－0026　TEL（06）6942－1699　携帯　－　－ オオサカシチュウオウクウチホンマチ 大阪市中央区内本町１丁目１番１号		

氏名		性別	生年月日	氏名		性別	生年月日
フリガナ	コウリ　タロウ	(男)・女	(昭)・平・令	フリガナ		男・女	昭・平・令
1	小売　太郎		60・1・1	4			・・
個人番号（マイナンバー）	1111 2222 3333	続柄	本人	個人番号（マイナンバー）		続柄	
フリガナ	コウリ　ハナコ	男・(女)	(昭)・平・令	フリガナ		男・女	昭・平・令
2	小売　花子		60・2・2	5			・・
個人番号（マイナンバー）	2222 3333 4444	続柄	妻	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．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　3　年　4　月　1　日

事業主氏名　小　売　太　郎　　自署の場合、押印不要

個人番号（マイナンバー）　1111 2222 3333

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	常務理事	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住民票を添えて必ずご提出ください。

記入例

＊担当者確認

世 帯 加 入 状 況 確 認 書

＊記号番号　　－

＊印は記入しないでください。

	種別	氏名	性別	生年月日	続柄	保険種別		保険者名
1	本人	市場　太郎	(男)・女	(昭和) 平成　40　年　1　月　1　日 令和				
2	家族	市場　花子	男・(女)	(昭和) 平成　41　年　2　月　2　日 令和	妻	(1.国保)　2.社保　3.国保組合 4.共済　5.(　　)	(本人) 扶養 (家族)	大阪市
3	家族	市場　一郎	(男)・女	昭和 (平成)　5　年　3　月　3　日 令和	長男	1.国保　(2.社保)　3.国保組合 4.共済　5.(　　)	本人 (扶養 (家族))	全国健康保険協会 大阪支部
4	家族		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日 令和		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　　年　　月　　日 令和		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　　年　　月　　日 令和		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　3　年　4　月　1　日

組合員氏名　市場　太郎

大阪府小売市場国民健康保険組合
理事長様

同一世帯の方が現在どちらの保険に加入しているかを確認しますので、小売こくほに加入・未加入に関わらず住民票に記載がある方全員の記入をお願いします。