

被保険者資格取得届 (事業主世帯用)

* 内を記入いただき、必要書類を添えてご提出ください。

常務	記入例			員
----	-----	--	--	---

(加入者情報)

被保険者記号番号				組合員住所			
市国				〒 540 - 0026			
フリガナ	コウリ タロウ			大阪府中央区本町〇丁目〇番〇号			
組合員氏名	小売 太郎			TEL(自宅) 06 - 1234 - 5678 (携帯) 090 - 1234 - 5678			

扱年度	令和	年度	受付No.
扱年月	令和	年度	
事務処理	令和	年	月 日
交付日	令和	年	月 日

・下記に加入する方をご記入ください。 注) 記入漏れ、添付書類の不足等により手続きできない場合がございます。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号 マイナンバー*12桁	※マイナンバーカード の保険証利用登録	資格取得年月日	資格取得事由
コウリ 小売	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 5 0 0 4 0 1	本人	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	1. 登録済 2. 未登録	令和 7年 1月 1日	1. 社保離脱 4. 所属変更 2. 国保喪失 5. 資格異動 3. 出生
コウリ 小売	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 5 0 0 5 0 1	妻	2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4	1. 登録済 2. 未登録	令和 7年 1月 1日	1. 社保離脱 4. 所属変更 2. 国保喪失 5. 資格異動 3. 出生
コウリ 小売	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 2 0 0 6 0 1	長男	3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5	1. 登録済 2. 未登録	令和 7年 1月 1日	1. 社保離脱 4. 所属変更 2. 国保喪失 5. 資格異動 3. 出生
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			1. 登録済 2. 未登録	令和 年 月 日	1. 社保離脱 4. 所属変更 2. 国保喪失 5. 資格異動 3. 出生
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			1. 登録済 2. 未登録	令和 年 月 日	1. 社保離脱 4. 所属変更 2. 国保喪失 5. 資格異動 3. 出生

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書が有効であるもの

(事業所情報)

所属団体名	小売スーパーマーケット		
フリガナ	コウリイチバショウテン		
店名	小売いちば商店		
個人・法人	1. 個人 2. 法人	業種	鮮魚小売業
店住所	〒 540 - 0026 大阪府中央区本町〇丁目〇番〇号 TEL(店) 06 - 1111 - 2222		
代表者確認	※市場代表者がいる場合のみ 市場 一郎		

(事業主確認欄)

1. 事業主及び従業員世帯の保険料は、事業主の責任において納入すること。
2. 保険料の未納、資格喪失時の資格確認書の未返却等、いかなる場合も事業主の責任において取り扱うこと。
3. 資格異動、各種変更等については速やかに届出をすること。
4. 組合の規約・規則等を遵守すること。
5. 組合が定期的実施する資格確認等の調査に協力すること。

*上記に同意の上、届出します。

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 殿
令和 7年 1月 1日
事業主氏名 小売 太郎
個人番号 (マイナンバー) 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

受付印