

被保険者資格取得届 (従業員世帯用)

* 内を記入いただき、必要書類を添えてご提出ください。

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

(加入者情報)

被保険者記号番号		組合員住所	
市国		〒	-
フリガナ		TEL(自宅)	- - (携帯) - -
組合員氏名			

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
	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
	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
	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			
フリガナ			
店名			
個人・法人	1. 個人 2. 法人	業種	
店住所	〒 -		
代表者確認	TEL(店) - - ※市場代表者がいる場合のみ		

(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 年 月 日

事業主氏名 _____
 個人番号 (マイナンバー) _____

受付印

