

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。

(加入者情報)

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

・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	クロウ 太郎	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 2.国保喪失 3.出生 4.所属変更 5.資格異動
コウリ 小売	ハナコ 花子	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 2.国保喪失 3.出生 4.所属変更 5.資格異動
コウリ 小売	イチロウ 一郎	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 2.国保喪失 3.出生 4.所属変更 5.資格異動
		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 2.国保喪失 3.出生 4.所属変更 5.資格異動
		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 2.国保喪失 3.出生 4.所属変更 5.資格異動

※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	小売いちはや商店		
個人・法人	1.個人 2.法人	業種	鮮魚小売業
店住所	〒 540 - 0026 大阪市中央区内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. 組合が定期的に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 様
令和 7 年 1 月 1 日
事業主氏名 市場 一郎
個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4

受付印