

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	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				大阪市内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 月	
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 大阪市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