※　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。

＊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		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日				
2	家族		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		1.国保　2.社保　3.国保組合 4.共済　5.(　　)	本人 扶養 (家族)	
3	家族		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		1.国保　2.社保　3.国保組合 4.共済　5.(　　)	本人 扶養 (家族)	
4	家族		男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		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 令和　　年　　月　　日		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 令和　　年　　月　　日		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　　年　　月　　日

組合員氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大阪府小売市場国民健康保険組合
理事長様