

国民健康保険被保険者資格取得届

(事業主組合員)

(ご注意)※印の欄は記入しないで下さい。

※被保険者証 記号番号	市 国																				所属団体名	
資格取得 年月日	令和 年 月 日																市場・商店会・商店街・()					
フリガナ											業 種	団体チェック		代表者								
店 名												市場代表者 又は 母体団体名		令和 年 月 日確認済								
フリガナ 店住所	〒 - TEL () -																					
フリガナ 自宅住所	〒 - TEL () - 携帯 - -																					
氏 名				性別	生年月日	氏 名				性別	生年月日											
フリガナ				男・女	昭・平・令 ・	フリガナ				男・女	昭・平・令 ・											
1					・	4					・											
個人番号 (マイナンバー)				続柄		個人番号 (マイナンバー)				続柄												
フリガナ				男・女	昭・平・令 ・	フリガナ				男・女	昭・平・令 ・											
2					・	5					・											
個人番号 (マイナンバー)				続柄		個人番号 (マイナンバー)				続柄												
フリガナ				男・女	昭・平・令 ・	フリガナ				男・女	昭・平・令 ・											
3					・	6					・											
個人番号 (マイナンバー)				続柄		個人番号 (マイナンバー)				続柄												
資格取得事由 (○印)	1. 社会保険離脱 2. 出生 3. 市町村国保喪失及びその他 4. 所属変更 5. 資格変更																					

◎個人番号確認・身元確認書類を添付して下さい。

- 本紙に必要な書類を添えてお届けします。(不足書類があると手続きができない場合があります)
- 組合が実施する資格確認等、適用に関する調査について協力することを誓約いたします。

*上記に同意いただいた上で、下記をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

事業主氏名

個人番号(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印

扱年度	
扱年月	
受付No.	

決 裁	常務理事	事務局長	課 長	係 長	係 員
令和 年 月 日					

被 保 険 者 証	交付訂正	令和 年 月 日
-----------	------	----------

※ 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