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	大阪市中央区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
コウリ 小売	タロウ 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 4.所属変更 2.国保喪失 5.資格異動 3.出生
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 4.所属変更 2.国保喪失 5.資格異動 3.出生
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 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　殿

令和　7　年　1　月　1　日

事業主氏名　小売　太郎

個人番号（マイナンバー）　1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

受付印