

取

国民健康保険被保険者資格取得届

※太枠内をご記入下さい。

| 千医国 | — | 交付年月日 令和 | 受付年月日 令和 | | | | | |
|--------|----------------|----------|----------|----------|---------|----|----|----|
| 被保険者氏名 | 組合員区分 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 資格取得年月日 | 理由 | 職種 | 摘要 |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 | 昭和 平成 令和 | 平成 令和 | | | |
| | | | 女 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 | 昭和 平成 令和 | 平成 令和 | | | |
| | | | 女 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 | 昭和 平成 令和 | 平成 令和 | | | |
| | | | 女 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 | 昭和 平成 令和 | 平成 令和 | | | |
| | | | 女 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| | | | | 個人番号 | | | | |

千葉県医師国民健康保険組合 様

| | | | |
|--|---|-------------------|------------------------------|
| 第1種(特別)組合員(事業主) | 千医国 | 〒 — ☎ () () () | 今まで加入していた健康保険について ご記入下さい。 |
| 所在地 | | | 保険者名 (氏名ではありません) |
| 医療機関 名称 氏名 | | | 保険者番号 |
| | | 個人番号 | 被保険者証の 記号番号 |
| 第2種組合員(勤務医である第1種組合員及び第1種特別組合員が取得を希望する場合も、ここに署名・捺印して下さい。) | | 〒 — ☎ () () () | 資格喪失 年月日 平成 令和 年 月 日 |
| 住所 | | | |
| 氏名 | | | |
| 委任欄 | 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。※代理人の方の身分証明書の添付が必要です。 | | |
| | 【代理人】 | 【第1種(特別)組合員】 | |
| | 住所 | 住所 | |
| | 氏名 | 氏名 | |

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

| | | | | | | |
|-----|------|-----|-----|-------|-------|----|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | D I R | 被保険者証 | 台帳 |
| | | | | | | |

記入見本

国民健康保険

<資格取得理由> 該当する番号をご記入ください。
 社会保険離脱→2 生活保護廃止→3 出生→4
 後期高齢者離脱→8 その他(国保離脱など)→9

<資格取得年月日>

医師国保組合へ加入する日
 をご記入ください。

ご記入下さい。

| 千医国 | — | 受付年月日 | 令和 | 資格取得年月日 | 理由 | 職種 | 摘要 |
|----------------|-----------|--------|----------------------|---------------------|----|----|----|
| 被保険者氏名 | 組合員区分 | 本人 | 昭和平成令和 | 平成令和 | 2 | 6 | |
| ふりがな けんこう いちろう | 組合員 家族 | 男 女 | 昭和 平成 令和 60年4月15日 | 平成 令和 29年6月1日 | | | |
| 健康 一郎 | | | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 | | | |
| ふりがな けんこう はなこ | 組合員 家族 | 長女 | 昭和 平成 令和 29年2月2日 | 平成 令和 | | | |
| 健康 花子 | | | 個人番号 | | | | |
| ふりがな | 組合員 家族 | 男 女 | 昭和 平成 令和 | 平成 令和 | | | |
| 健康 太郎 | | | 個人番号 | | | | |
| ふりがな | 組合員 | 男 | 昭和 平成 令和 | 平成 令和 | | | |
| 健康 太郎 | | | 個人番号 | | | | |

<職種> 該当する番号をご記入ください。

- 医師→1 ○薬剤師→2 ○技師→3
- 助産師・看護師・准看護師→4
- 看護助手→5 ○事務員→6 ○その他→9

<署名・捺印>

事業主及び従業員の方の署名・捺印をお願いいたします。

<今まで加入していた健康保険>

加入していた健康保険をご記入下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|-----------------------------|-------------------|-----------------|----------|------------------------------|---------------------|------------------|-------|----------|----------------|-------------|---------|-----------|
| 第1種(特別)組合員(事業主) | 千医国 24 | 〒260-0026 ☎(043)(242)(4273) | 所在地 千葉市中央区千葉港4番1号 | 医療機関 名称 保険クリニック | 氏名 保険 太郎 | 個人番号 0 0 0 0 9 9 9 9 8 8 8 8 | 保険者名 (氏名ではありません) | 全国健康保険協会 千葉支部 | 保険者番号 | 01120013 | 被保険者証の 記号番号 | 1234 567890 | 資格喪失年月日 | 平成29年6月1日 |
| 第2種組合員(勤務医である第1種組合員及び第1種特別組合員が取得を希望する場合も、ここに署名・捺印して下さい。) | | 〒260-0000 ☎(043)(242)(4275) | 住所 千葉市中央区〇〇町1-2-3 | 氏名 健康 一郎 | | | | | | | | | | |

委任欄

私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。※代理人の方の身分証明書の添付が必要です。

| | | |
|--------------|------------------|----------|
| 【代理人】 | 住所 千代田区霞ヶ関1-1-1 | 氏名 健康 太郎 |
| 【第1種(特別)組合員】 | 住所 千葉市中央区千葉港4番1号 | 氏名 保険 太郎 |

【個人番号の利用】
 当組合は、被保険者番号を「個人番号」を番号法別表第1の第3号「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、業務で利用します。

<委任欄：代理人(社会保険労務士など)の方が申請される場合>

手続きを委任される場合は、「代理人」及び「第1種(特別)組合員」の両方の署名捺印が必要です。

○代理人の方は署名・捺印と併せて、顔写真入りの身分証明書の添付が必要です。

(運転免許証やパスポートなど)