

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	マイナ 保険証	摘要
ふりがな	組 合 員 ・ 家 族		男 ・ 女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日			登録済 ・ 未登録	知 確
ふりがな	組 合 員 ・ 家 族		男 ・ 女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日			登録済 ・ 未登録	知 確
ふりがな	組 合 員 ・ 家 族		男 ・ 女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日			登録済 ・ 未登録	知 確
ふりがな	組 合 員 ・ 家 族		男 ・ 女	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日			登録済 ・ 未登録	知 確

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ください。
〒 — ☎ () () ()		保 険 者 名 (氏名ではありません)
所在地 名 称 医療機関 氏 名	個 人 番 号 (マイナンバー)	保 険 者 番 号
第2種組合員（従業員）	※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ご記入下さい。	被 保 険 者 の 記 号 番 号
〒 — ☎ () () ()		資 格 喪 失 年 月 日
自 宅 住 所 氏 名		令和 年 月 日
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。※代理人氏名の方の顔写真付き身分証明書の添付が必要です。	
	【代理人】 住 所 氏 名	【第1種(特別)組合員】 住 所 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	交 付	D I R	台 帳

V

健康保険加入状況確認書

- この書類は、『世帯全員の住民票』に記載されている方のうち、医師国保組合に加入されない方、していない方の健康保険組合について確認するための書類です。
- 新たに医師国保組合にご加入される方（家族も含む）や、氏名や住所の変更をされる場合、提出が必要です。ただし、単身世帯（『世帯全員』の住民票に1名だけ記載されている場合）や、住民票に記載されている全員の方が医師国保組合に加入する（している）場合は、この書類の添付は不要です。

【記入について】

- 『世帯全員の住民票』に記載されている方の中で、「医師国保組合に加入されない方」「していない方」が加入している健康保険組合について、下記の欄に正しくご記入下さい。
- なお、記入方法が分からない場合には、その方の健康保険証のコピーを添付して下さい。
- 組合員様と同一世帯の方の中で、市町村国保に加入されている方につきましては、各法に基づき市町村国保を離脱し、包括して医師国保組合へご加入いただくこととなりますので、資格取得届に必要事項をご記入下さい。

医療機関名： _____ 組合員氏名： _____

氏 名		加入中の健康保険 (保険者名は正しい名称をご記入下さい)	
例	フリガナ <u>チ バ ケンボ</u> 千葉 健保	保険者名	全国健康保険協会
		支 部 名	千葉支部
1	フリガナ _____ _____	保険者名	
		支 部 名	
2	フリガナ _____ _____	保険者名	
		支 部 名	
3	フリガナ _____ _____	保険者名	
		支 部 名	
4	フリガナ _____ _____	保険者名	
		支 部 名	
5	フリガナ _____ _____	保険者名	
		支 部 名	

支部がある場合には
支部名もご記入下さい。