組合員用

受付印

国民健康保険被保険者資格取得届

※国のシステムにてデータ登録完了後、「資格確認書」または「資格情報のお知らせ（資格情報通知書）」が発行可能となるため、発行までしばらくお時間をいただきます。予めご了承ください。

被保険者記号番号	鳥医国保　　号	資格取得年月日	令和　　年　　月　　日	加入区分	新規・追加

	フリガナ 被保険者となる者の氏名	組合員との続柄	性別	個人番号 生年月日	個人番号 職業	資格取得理由
1			男・女	年　月　日		市・町国保離脱
2			男・女	年　月　日		社会保険離脱
3			男・女	年　月　日		生活保護廃止
4			男・女	年　月　日		出　生
5			男・女	年　月　日		その他

医療機関		
	名　称	
	所在地	〒　　（電話：　－　－　） （FAX：　－　－　）
	医療機関コード	3 1 1
	事業所形態	医療法人・個人

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

〒
住　所

事業主組合員

氏　名

（日中に通話可能な電話番号：　－　－　）

個人番号	

鳥取県医師国民健康保険組合　様

委任欄					
	私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。 令和　　年　　月　　日	組合員	住所 氏名		
	1　窓口に来られた方 2　郵送により代行する方	住所		氏名	

注意事項

1．組合員本人以外が手続きをする場合は、上段の「委任欄」に組合員の委任が必要です。
2．窓口で手続きをされる場合は、窓口に来られた方の本人確認をさせていただきますので、確認できるもの（運転免許証等）をご持参ください。

処理欄	鳥取県医師会入会年月日		被保険者証発行年月日		台帳登録年月日	