組 合 員 用

【 記載例 】

受付印

国民健康保険被保険者資格取得届

新規ご加入の場合には記載不要です。

「個人番号」記載後に、同封のシールで目隠しをしてご提出ください。

ご家族が中途で加入される場合は「追加」となります。

「資格確認書」ま　）」
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	職業	資格取得理由
1	イシコクホ　タロウ 医師国保　太郎	本人	[✓ 男]・女	111111111111 S○○年○○月○○日		市・町国保離脱
2	イシコクホ　ハナコ 医師国保　花子	妻	男・[✓ 女]	222222222222 S○○年○○月○○日		社会保険離脱
3	イシコクホ　イチロウ 医師国保　一郎	子	[✓ 男]・女	333333333333 H○○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	医師国保クリニック
	所在地	〒 000-0000 ○○市○○1丁目1−1 （電話：0000 − 00 − 0000 ） （FAX：1111 − 11 − 1111 ）
	医療機関コード	3110110000
	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

事業主組合員
〒
住　所
氏　名
（日中に通話可能な電話番号：　−　−　）

「個人番号」記載後に、同封のシールで目隠しをしてご提出ください。

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。

組合員本人が手続きをされる際には記載不要です。

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	