

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。

ご家族が途中で加入される場合は「追加」となりません。

被保険者証の 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 の 続柄	性別	個人番号		資格取得理由
イシコクホ タロウ 医師国保 太郎	本人	男	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1	市・町国保離脱
イシコクホ ハナコ 医師国保 花子	妻	女	S O O . O O . O O	医 師	社会保険離脱
イシコクホ イチロウ 医師国保 一郎	子	男	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 2 2	生活保護廃止
		女	S O O . O O . O O	無 職	出生
		男	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 3 3	その他
		女	H O O . O O . O O	学 生	
		男			
		女			
		男			
		女			

医療機関	名称	医師国保クリニック									
	所在地	〒 000-0000 〇〇市〇〇1丁目1-1 (電話 0000 - 00 - 0000)									
	医療法人の確認 (○で囲む)	医療法人・その他	医療機関コード	0	1	1	0	0	0	0	0
	現在医師国保に加入している従業員数 (常勤 0 名) (非常勤 0 名)										

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

「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	住所	氏名	
	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場合は記載不要です。

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
-----	-----------------	----------------	-------------