

准組合員用

【 記載例 】

国民健康保険被保険者資格取得届

組合員の番号を記載してください。

今回加入される方の加入日を記入してください。

受付印
ご家族が途中で加入される場合は「追加」となります。

被保険者証の 記号番号	鳥医国保	号	資格取得 年月日	令和 2 年 4 月 1 日	加入区分	新規・追加
フリガナ	組合員の 続柄	性別	個人番号			資格取得理由
被保険者となる者の氏名			生年月日	職 業		
イシコクホ ハナコ	従業員	男・女	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		市・町国保離脱	
医師国保 花子		女	H1.1.1	看護師	社会保険離脱	
1					生活保護廃止	
2		男・女			出 生	
3		男・女	「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。			その他
4		男・女				
5		男・女				

欄	上記のとおり相違ありません。
	〒 住 所
	准組合員 氏 名
	「住所」「氏名」「個人番号」を記載し、個人番号部分に同封のシールをお貼りください。
	個 人 番 号

組合員記入欄	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
	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。	住所
	令和 年 月 日	組合員 氏名
1	窓口に来られた方	氏 名
2	郵送により代行する方	住所

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