

# 国民健康保険被保険者資格取得届記入例

**第一種組合員世帯用**

国民健康保険被保険者資格取得届

所属 郡市 医師 会長

氏名 (印)

被保険者証記号番号 **1** 31- 加入希望日 **2**  決裁日  平成 28年 2月 1日

組合員	氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得理由※
	(フリガナ) イシ タロウ	男	昭平 34・5・6	本人	1. 2. 3. 4. 5. 6. ( )
	医師 太郎	女	マイナンバー 000000000000000000		
住所	〒 231-0037 横浜市中区富士見町3-1 電話 045 (231) 2685				

※  
1. 転入  
2. 社会保険離脱  
3. 国保離脱  
4. 生活保護廃止  
5. 出生  
6. その他

**1** 第一種組合員の新規加入の場合は、記入不要です。家族のみ加入の場合は、第一種組合員の被保険者証番号をご記入下さい。

**2** 希望日がある場合は、10日前までにご提出下さい。(家族は、以前の保険の離脱証明書を添付していただくと遡って加入できます。)

**3** 記載日をご記入下さい。

加入される方および、第一種組合員のマイナンバーを必ずご記入下さい。

家族	氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得理由※
	(フリガナ) イシ クニヤス	男	昭平 1・2・3	長男	1. 2. 3. 4. 5. 6. ( )
	医師 國保	女	マイナンバー 1111111111111111		
	(フリガナ)	男	昭平		1. 2. 3. 4. 5. 6. ( )
	(フリガナ)	女	マイナンバー		

上記のとおり届けます。

**3** 平成 28年 1月 1日

第一種組合員 氏名 診療所住所 神奈川県 横浜市中区富士見町3-1  
診療所名称 神奈川県医師国保クリニック

氏名 医師 太郎 (印) マイナンバー 000000000000000000  
電話 045 (231) 2685 マイナンバーを必ずご記入ください。

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

(印) 受付日付印

**【注】** ①第一種組合員は神奈川県医師会員である医師、第一種組合員が新規に加入する時は所属の医師会長の印が必要です。  
②資格取得希望者の世帯全員の住民票(省略なし・三ヶ月以内のもの)を添付して下さい。  
③同一世帯の方全員で加入して下さい。(社会保険に加入している家族は除きます。)

決裁	常務理事	事務長	次長	課長	係長・主任	係	収入原簿	異動整理簿	被保険者台帳	被保険者証交付
	平成 年 月 日 決定									

※ 自家診療は給付いたしません。  
※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

**【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。 平成 年 月 日

受任者 住所 横浜市中区富士見町300-100 (代理人) 氏名 神奈川 一郎 <span style="float: right;">(印)</span>	委任者 住所 横浜市中区富士見町3-1 (第一種組合員) 氏名 医師 太郎 <span style="float: right;">(印)</span>
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

代理申請の場合は、裏面の委任欄へ記入、捺印をお願いします。