

# 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

所属都市医師会長 氏名

(印)

## 国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者証 記号番号	<b>1</b> 31-01234567	加入希望日	<input type="checkbox"/> 決裁日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元年 5月 15日		
組合員	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	続柄	資格取得理由※
	イシ タロウ 医師 太郎	男 平	45. 6. 7	本人	1. (2.) 3. 4. 5. 6. ( )
住所	〒 231-0037 横浜市 中区 富士見町3-1 電話 045 ( 231 ) 2685				
家族	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	続柄	資格取得理由※
	イシ クニヤス 医師 國保	男 昭令	1. 2. 3	長男	1. (2.) 3. 4. 5. 6. ( )
		女			
		男 昭平			
		女			
		男 昭令			
	女				

**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ことで加入できます。)

**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。

上記のとおり届けます。

**3** 令和 元年 5月 1日  
 第一種組合員 〒 231-0037  
 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** (医師) マイナンバー 0000000000000000  
 電話 045 ( 231 ) 2685

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿 受付日付印

**【注】** ①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。  
 ②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
令和 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、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。 令和元年 5月 1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 (神奈川) (印)  
 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 (医師) (印)

代理申請の場合は、委任欄へ記入、捺印をお願いします。