

被保険者資格取得届

《記入例》赤字のところが記入していただく部分です。

発行済の場合のみ記載

は記入不要です。

* 家族の加入には、家族用の資格取得届が必要です。

記号番号		保険医療機関コード		被保険者台帳 作成年月日		医療機関の所在地	
〒 000-0000		〒 000-0000		〒 000-0000		〒 000-0000	
医		被保険者台帳 交付年月日		京都府 京都市山科区〇辻〇浦町1番地13			
フリガナ		性別		生年月日			
氏名		男		昭和 3 年 1 月 2 日			
キョウト		タロウ		平成 3 0 1 2 2 4			
京都		太郎				電話番号 075-123-0000	
						FAX番号 075-123-0000	
現住所(自宅)		医療機関名称		京都医院			
〒 000-0000		保健所へ届出の 医療機関開設日		京都 太郎			
京都府京都市中京区壬生東高田町1番地の9		医療機関開設届に 記載した開設の日		京都 太郎			
携帯番号 080-1234-0000		令和 3 年 4 月 1 日					
資格取得年月		地区A会員 での加入日		令和 3 年 5 月 1 日			
上記の		加入年月日		令和 3 年 3 月 1 日 1 班 (A・B)			
《約諾事項》		支部における状況については、上記のとおり相違ありません。		令和 3 年 4 月 5 日			
1. 組合の定める保険料の納付方法に従うこと		山科 支部長		山科 太郎		山科	
1. 被保険者証の不正使用に基づく返還金の納付について責務を負うこと。							
1. 資格喪失後の被保険者証の返還について責務を負うこと。							
1. 自家診療該当の医療費は請求しないこと。							

1. 地区医師会入会の日
 2. 開設届に記載した医療機関の開設日
 3. 前保険資格喪失の日
- のうち最も新しい日付をご記入ください。

京都府医師国民健康保険組
令和 3 年 4 月 8 日

この書類を記入された日

事業主の署名
法人事業所の場合は理事長の署名

組合員氏名
(事業主名) 京都 太郎

提出者(事業主、または、准組合員)以外の代理人(社会保険労務士等)が提出をされる場合は、右記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を依頼します。

令和 年 月 日

受任者 (代理人)	氏名	委任者 (提出者)	氏名
--------------	----	--------------	----

本人確認	番号入力確認	確認書類廃棄
番号確認	医療機関開設地区の医師国保 支部長の署名	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 その他()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート 次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 納税通知書 その他()	