

《記入例を参考にご記入下さい》

発行済の場合のみ記載

* 家族の加入には、家族用の資格取得届が必要です。

は記入不要です。

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	
医	1 2 3 4 0 0 0	被保険者台帳 交付年月日	〒0000-0000 京都府	
フリガナ	性別	生年月日	京都 市 山科区〇辻〇浦町1番地13	
氏名	男	大正	電話番号	
キョウト	次郎	昭和	075-123-0000	
京都	男	5 0 1 2 2 4	FAX番号	
	女		075-123-0000	
現住所(自宅)			医療機関名	
〒0000-0000 中京区 壬生東高田町1番地の9			京都医院	
京都府 京都市			開設者氏名	
			京都 太郎	
携帯番号) 075 - 012 - 3456			管理者氏名	
			京都 太郎	
資			医療機関開設 記載した開設日	
1. 地区医師会入会の日			平成 年 月 日	
2. 医師国保加入事業所で常勤となった日			平成 21 年 5 月 1 日	
3. 前保険資格喪失の日			実際に診療業務 (常勤)を開始する日	
のうち最も新しい日付をご記入ください。			平成 21 年 4 月 20 日	
			地区医師会 加入年月日	
			平成 21 年 5 月 1 日	
上記のとおり、右記の事項を承諾した上で、必要書類を添えて届けます。			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。	
京都府医師国民健康保険組合理事長様			平成 21 年 5 月 1 日	
この書類を記入された日			山科 支部長	
平成 21 年 5 月 11 日			山科 太郎	
京都市山科区〇辻〇浦町1番地13			山科	
京都医院				
組合員氏名 (事業主名) 京都 太郎			事業主の署名 法人事業所の場合は理事長の署名	
			医療機関開設地区の医師国保 支部長の署名	

地区B会員での加入日

「外証事項」
 1. 自家診療該当の医療費は請求しないこと
 2. 従うこと
 3. 返還金の納付に努めること
 4. 医師国保の事務を怠らぬこと
 5. 医師国保の規約を遵守すること
 6. 医師国保の業務に協力すること
 7. 医師国保の業務に支障を及ぼさないこと
 8. 医師国保の業務に支障を及ぼさないこと
 9. 医師国保の業務に支障を及ぼさないこと
 10. 医師国保の業務に支障を及ぼさないこと