

《記入例を参考にご記入下さい》

*** 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	□				前保険喪失証明書に記載の資格喪失日、もしくは、現在 保険加入中の方は医師国保資格取得日と同じ日				
医	-	被 保 険 者 証 交 付 年 月 日	□								
フリガナ	姓 別	生 年 月 日				職 種		現在まで加入していた 健康保険の名称			
氏 名	男	大 正	年	月	日	・看護職 ・介護職		〇〇病院の社会保険			
コクホ	女	昭 和	5	4	1	・事務職		(喪失日:平成 21 年 4 月 1 日)			
国 保	花 子	平 成				・その他 ()					
現 住 所 (自 宅)											保 険 の 適 用
〒 6 0 2 - 8 3 △ △											年 金 : 厚生年金 ・ 国民年金
京都府 京都府 市 郡											雇用保険 : あり ・ なし
上京区下立売通新町西入××町777番地											当事業所の適用は上記のとおりです。
電話番号(携帯番号可) 075 - 123 - 4567											
資 格 取 得 年 月 日		平 成	年	月	日						
(加入要件を充たした日)		2	1	0	4	0	1				

上記のとおり、右記事項を承諾した上で、必要書類を添えて届けます。

《約諾事項》

1. 当該取得者にかかる保険料の納付について責務を負うこと。
 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。
- * 資格取得後に雇用関係確認書類、住民基本台帳の写し（住民票の謄本）等の提出を求める場合があります。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

この書類を記入された日

平成 21 年 4 月 9 日

京都市山科区〇辻〇浦町1番地13
京都医院
京都太郎

組合員氏名
(事業主名)

京 都

事業主の署名
法人事業所の場合は理事長の署名