

《記入例》 緑字のところが記入していただく部分です。

事務長	事務長補佐	業務係	証回収
予定でも可			

欄は記入不要です。

マイナンバーは、マイナンバー記入票  
(様式第1・2・5・8号-2)に記入

記号番号			保険医療機関コード																											
医	1	2	—	3	4	5	6	7																						
氏名			性別	生年月日				(准)組合員 との続柄	資格喪失年月日				喪失事由				健康 次に加入する 保険の名称	<input checked="" type="radio"/> 国民健康保険 ( 京都市国保 ) <input type="radio"/> 社会保険 ( ) <input type="radio"/> 不明 (いずれかに○を付け名称を記入ください。)												
医 国 保 男			<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭 平 令	5	4	1	2	0	3	本人	令 和	0	3	0	4		0	1	退職										
			男 女	昭 平 令								令 和							資格喪失 証明書	* 次の保険に加入するために必要な書類です。 <input type="radio"/> 要《医療機関へ送付》 <input checked="" type="radio"/> 要《下記の本人住所へ送付》 <input type="radio"/> 不要 (いずれかに○を付けてください。)										
			男 女	昭 平 令								令 和								喪失 後の 連絡 先	〒									
			男 女	昭 平 令								令 和									住所 〇〇市△△区〇〇〇通 □□上る△△△町99									
			男 女	昭 平 令								令 和							電話番号 075 — 123 — 4567											
上記の被保険者について、被保険者証並びに必要な書類を添えて届出ます。																														
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																											
令和 3 年 4 月 2 日																														
組合員氏名 (事業主氏名) 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																											
事業主以外の代理人(社会保険労務士等)が直接組合に持参される場合は、右記の委任欄にご記入ください。来られる方は身分証明書をご持参ください。			【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 (事業主)		氏名				印				組合 記入 欄														
番号確認		身元確認																												
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (裏) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 その他 ( )		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (表) <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"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 厚生年金確認書類 <input type="checkbox"/> 雇用保険確認書類 その他 ( )																												