

《記入例》 緑字のところが記入していただく部分です。

欄は記入不要です。

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 次 保 加 險 入 の 名 する 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		男 <input checked="" type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>	5	4	1	2	0	5	本人	平 成	2	6			0	4	0	1
		男 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>								平 成								* 次の保険に加入するために必要な書類です。 <input checked="" 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 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>								平 成								
		男 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>								平 成								〒 0 0 0 — 0 0 0 0 住所 ○○市△△区○○○通 □□上る△△△町99
		男 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>								平 成								
		男 <input type="radio"/> 昭 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 平 <input type="radio"/>								平 成								電話番号 075 — 123 — 4567

予定でも可

准組合員の資格喪失年月日は、
 ・厚生年金適用事業所では厚生年金資格喪失年月日と同じ日
 ・厚生年金適用外の個人事業所では雇用保険離職年月日の翌日となります。

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

平成 26 年 4 月 5 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
 (事業主氏名) 京 都 太 郎

京 都

合 記
 入 欄