

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 5 年 0 月 1 日			
キョウト		ジロウ		平成 5 年 0 月 1 日			
京都		次郎		令和 5 年 4 月 0 日			
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		開設者氏名		京都 太郎			
京都府 京都市 中京区 壬生東高田町1番地の9		事業所で常勤と なった日		令和 年 月 日			
携帯番号) 080-1234-0000		記載した開設の日		令和 5 年 4 月 1 日			
資格取得年月		実際に診療業務 (常勤)を開始する日		令和 5 年 3 月 1 日 1 班 (A・B)			
1. 地区医師会入会の日		地区B会員 での加入日		令和 5 年 4 月 5 日			
2. 医師国保加入事業所で常勤となった日		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。		山科 支部長		山科 太郎	
3. 前保険資格喪失の日		この書類を記入された日		令和 5 年 4 月 8 日			
のうち最も新しい日付をご記入ください。		事業主の署名		法人事業所の場合は理事長の署名			
上記のとおり記入し、添えて届けます。		組合員氏名 (事業主名)		京都 太郎			
《約諾事項》		【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。		本人確認		確認書類廃棄	
1. 組合の定める保険料の納付方法に従うこと		令和 年 月 日		番号入力確認		確認書類廃棄	
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。		受任者 (代理人)		氏名		氏名	
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。		委任者 (事業主)		氏名		氏名	
1. 自家診療該当の医療費は請求しないこと。		合記入欄		番号確認		医療機関開設地区の医師国保 支部長の署名	

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
--------------	----	--------------	----

本人確認	番号入力確認	確認書類廃棄
番号確認	マイナンバーカード	通知カード
住民票	運転免許証	年金手帳
その他()	パスポート	住民票
	次点の2点	保険証
		戸籍謄本
		その他()