

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。

\* 家族の加入には、家族用の資格取得届が必要です。

マイナンバーは、マイナンバー記入票  
(様式第1・2・5・8・42・43号-2)に記入

は記入不要です。

事務長	確認	業務係	除外確認	除外交付

記号番号	事業所番号	被保険者台帳 作成年月日	医療機関の所在地	
医		被保険者台帳 交付年月日	〒0000-0000	
フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男	昭和	
キョウト		女	平成	
京都			5 0 1 2 2 4	
次郎				
現住所(自宅)		電話番号		0 7 5 - 1 2 3 - 0 0 0 0
〒000-0000		FAX番号		0 7 5 - 1 2 3 - 0 0 0 0
京都 京都市 中京区 壬生東高田町1番地の9		医療機関名称		京都医院
電話番号(携帯番号) 080 - 1234 - 0000		保健所へ届出の 医療機関開設日		京都 太郎
令和 0 6 0 4 0 1		管理者氏名		京都 太郎
令和 6 年 5 月 1 日		医療機関開設届 記載した開設の日		令和 年 月 日
令和 6 年 3 月 1 日 1 班 (A B)		地区B会員 での加入日		令和 6 年 5 月 1 日
現在まで加入していた健康保険の名称		加入年月日		令和 6 年 4 月 5 日
・市町村国保 協会けんぽ		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 太郎
・その他 ( )		令和 6 年 4 月 5 日		山科
喪失日: 令和 6 年 4 月 1 日		山科 支部長		

1. 地区医師会入会の日
  2. 医師国保加入事業所で常勤となった日
  3. 前保険資格喪失の日
- のうち最も新しい日付をご記入ください。

上記のとおり、下記の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. 組合の定める保険料の納付方法に従うこと  
1. 資格確認書等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. 資格喪失後の資格確認書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。

京都府医師国民健康保険組合理事長様  
令和 6 年 4 月 8 日

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

提出者(事業主、または、准組合員)以外の代理人(社会保険労務士等)が提出をされる場合は、右記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【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 (提出者)	氏名

本人確認	番号入力確認	確認書類廃棄
番号確認		
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 その他( )	<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"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 源泉徴収票 <input type="checkbox"/> 納税通知書 その他( )	

医療機関開設地区の医師国保  
支部長の署名