

被保険者資

《記入例》赤字のところが記入していただく部分です。

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		被 保 険 者 証 交 付 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	
フリガナ		性別	生 年 月 日		健康保険の名称		
氏名		男	昭和	年	月	日	・看護職 ・介護職 ・事務職 ・その他 ()
コクホ		女	平成	5	4	1	・市町村国保 ・協会けんぽ ・その他 () 喪失日：令和6年4月1日
国保							
現住所 (自宅)						加入後の各種保険の適用	
〒 602-83△△		上京区下立売通新町西入××町777番地					
京都府 京都市		電話番号 075-123-4567					
資格取得年月日 (加入要件を充たした日)			令和	0	6	0	4
							年金：厚生年金 ・国民年金 雇用保険：あ ・なし 当事業所の適用は上記のとおりです。

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. 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. 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。

* 資格取得後に雇用関係確認書類、世帯全員の住民票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

令和 6 年 4 月 9 日

事業所名 京都医院

組合員氏名 京都太郎
(事業主名)

組合 記入 欄	本人確認	番号入力確認	確認書類廃棄
	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"/> 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 ()

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、下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、この届出を依頼します。

令和 年 月 日

受任者 (代理人)	氏名	委任者 (提出者)	氏名
--------------	----	--------------	----