被保険者資格取得届（家族）

様式第１号の３

事務長	事務長補佐	業務係	除外確認	除外交付

欄は記入不要です。

取得日の要件は、
①(准)組合員の資格取得日
②(准)組合員と住民票の世帯が同一となった日
③前保険の資格喪失日(出生は除く)
} ３点の条件の最も新しい日

記号番号	保険
医 ―	

フリガナ 氏名		性別	生年月日	(准)組合員との続柄	職業	資格取得年月日	取得事由
コクホ 国保	ミライ 未来	男 女	昭平令 1 5 1 1 2 8 年 月 日	子	無	令和 0 5 0 4 0 1 年 月 日	社保離脱
		男 女	昭平令 年 月 日			令和 年 月 日	
		男 女	昭平令 年 月 日			令和 年 月 日	
		男 女	昭平令 年 月 日			令和 年 月 日	

《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．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。

(准)組合員からの続柄
(妻、子、父、祖母、子の子など)

生まれた ――――→①出生
前回の保険が国保 ――→②国保離脱
前回の保険が健保、共済 →③社保離脱
} いずれか

認書類、住民基本台帳の写し（住民票の謄本）等の提出を求める場合があります。

この書類を記入された日

国保　花子 の家族として約諾事項を承諾した上で、必要書類を添えて届けます。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和 5 年 4 月 10 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、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。

届出を依頼します。

氏名 ㊞

本人確認	番号入力確認	確認書類廃棄	番号確認	身元確認
			□マイナンバーカード（裏）□通知カード □住民票　その他（　　）	□マイナンバーカード（表）□運転免許証　□パスポート 次の２点　□保険証　□年金手帳　□住民票 □源泉徴収票　□納税通知書　その他（　　）