

被保険者資格取得届 (家族)

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

欄は記入不要です。

記号番号		被保険者証 交付年月日		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。 自家診療該当の医療費は請求しないこと。			
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	現在まで加入していた健康保険の名称
コクホ ミライ 国保 未来	男 女	昭和 平令 151128	子	無	令和 060401	社保離脱	・市町村国保 協会けんぽ ・その他 () 喪失日：令和6年4月1日
	男 女	昭和 平令			令和		・市町村国保 協会けんぽ ・その他 () 喪失日：令和 年 月 日
	男 女	昭和 平令			令和		・市町村国保 協会けんぽ ・その他 () 喪失日：令和 年 月 日

(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

上記のとおり、(准)組合員氏名 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6年4月10日

組合員氏名
(事業主名) 京都 太郎

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。

事業主の署名
 法人事業所の場合は理事長の署名

本人確認	番号入力確認	確認書類廃棄	番号確認	身元確認
			<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()