

《記入例》緑字のところが記入していただく部分です。

記号番号							保険医療機関コード													
医	1	2	—	3	4	5	6	7												
氏名		性別	生年月日				(准)組合員との続柄	資格喪失年月日				喪失事由	健康保険に加入する名称	住所						
医 国 保 男		男	昭	5	4	1	2	0	5	本人	令	0			5	0	4	0	1	退職
		女	昭								和							*次の保険に加入するために必要な書類です。 ・要《医療機関へ送付》 ・要《下記の本人住所へ送付》 ・不要 (いずれかに○を付けてください。)		
		男	昭								令							〒 0 0 0 - 0 0 0 0 住所 ○○市△△区○○○通 □□上る△△△町99 失後の連絡先 電話番号 075 -123 -4567		
		女	昭								和									
		男	昭								令									
		女	昭								和									
准組合員の資格喪失年月日は、 ・厚生年金適用事業所では厚生年金資格喪失年月日と同じ日 ・厚生年金適用外の個人事業所では雇用保険離職年月日の翌日となります。																				
欄は記入不要です。																				
上記の被保険者について、被保険者証並びに必要な書類を添えて届出ます。 京都府医師国民健康保険組合理事長様										この書類を記入された日 令和 5 年 4 月 5 日		事業主の署名 法人事業所の場合は理事長の署名 京都太郎								
組合員氏名 (事業主氏名) 京都太郎										合記入欄										

予定でも可

・国民健康保険(京都市国保)
 ・社会保険()
 ・不明
 (いずれかに○を付け名称を記入ください。)

*次の保険に加入するために必要な書類です。
 ・要《医療機関へ送付》
 ・要《下記の本人住所へ送付》
 ・不要
 (いずれかに○を付けてください。)

准組合員の資格喪失年月日は、
 ・厚生年金適用事業所では厚生年金資格喪失年月日と同じ日
 ・厚生年金適用外の個人事業所では雇用保険離職年月日の翌日となります。

上記の被保険者について、被保険者証並びに必要な書類を添えて届出ます。
 京都府医師国民健康保険組合理事長様

この書類を記入された日

令和 5 年 4 月 5 日

事業主の署名
 法人事業所の場合は理事長の署名

組合員氏名
 (事業主氏名) 京都太郎

合記入欄