

《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	健康保険の名称	次 に 加 入 す る の 名 称 〇国民健康保険(京都市国保) 〇社会保険() 〇不 明 (いずれかに〇を付け名称を記入ください。)											
医 国 保 男		男	昭 平 令	5	4	1	2	0	5	本人			令 和	0	5	0	4	0	1	退職			
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 和												
		男	昭 平 令								令 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。											〒	0	0	0	—	0	0	0	0				
											住所	〇〇市△△区〇〇〇通											
											失後の連絡先	□□上る△△△町99											
											電話番号	0	7	5	—	1	2	3	—	4	5	6	7
上記の被保険者について、必要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											事業主の署名 法人事業所の場合は理事長の署名												
令和 5 年 4 月 5 日											この書類を記入された日												
組合員氏名 (事業主氏名) 京 都 太 郎											合記入欄												

予定でも可

〇国民健康保険(京都市国保)
 〇社会保険()
 〇不 明
 (いずれかに〇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
 (いずれかに〇を付けてください。)

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。

事業主の署名
 法人事業所の場合は理事長の署名

この書類を記入された日

令和 5 年 4 月 5 日

組合員氏名
 (事業主氏名) 京 都 太 郎

合記入欄