

国民健康保険被保険者 資格取得 届

記入例

被保険者証 記号 番号		資格取得年月日 (第1種組員 とその家族の加入年月日)		令和 4年 4月 1日				
第1種組員 (医師) 記入欄 ※医師とその家族が加入する場合にご記入ください。								
1	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第1種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得の理由
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1							
2	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第1種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得の理由
	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2							
3	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第1種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得の理由
	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 3							
4	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第1種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得の理由
	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 3							
住民票を異動している大学生等は、「異動先の住民票」と「国保法第116条(学生)該当届」もご提出ください。								
第2種組員 (従業員) 記入欄 ※従業員とその家族が加入する場合にご記入ください。								
1	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第2種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得年月日 資格取得の理由
	3 4 5 6 7 8 9 0 1 4							
2	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第2種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得年月日 資格取得の理由
	3 4 5 6 7 8 9 0 1 5							
4	氏名 個人番号 (マイナンバー)		第2種組員 との続柄	性別	生年月日 職 種	住 所	加入前の 健康保険等	資格取得年月日 資格取得の理由
	3 4 5 6 7 8 9 0 1 5							
個人番号 (マイナンバー) は、必ず本人確認を行ったうえで、記入する方を正確に記入し、「個人情報保護シール」などを貼りご提出ください。								
採用・正職員・常勤などは「5 その他」に○をつけて理由を () にご記入ください。ご家族が社会保険離脱による加入の場合は、社会保険の資格喪失年月日を資格取得年月日に記入し、「1 社保離脱」に○をつけてください。								
上記のとおり届けます。 令和 4年 4月 1日 事業所 所在地 〒320-0065 宇都宮市駒生町 3000-1 名称 国保クリニック 第1種組員 (事業主) 氏名 院長 国保 太郎 TEL (028) (622) (4378) FAX (028) (625) (9703) 栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿								
第1種組員 (事業主医師本人) 以外の方 (労務士などの代理人) が手続きされる場合に記入してください。								
社会保険労務士等の提出代理人記入欄 () 上記資格の登録番号 1 2 3 4 5 6 7 8 提出代理人 住所 宇都宮市駒生町 4000-1 氏名 ○○社会保険労務士事務所 連絡先 (028) (622) (4378) 委任状 私は上記の者を代理人と定め、個人番号を提供することを委任します。 第1種組員 (事業主) 氏名 国保 太郎								

☆個人番号 (マイナンバー) を記入した場合は、郵便番号のみご記入ください。それ以外の住所記入は不要です。

住民票を異動している大学生等は、「異動先の住民票」と「国保法第116条(学生)該当届」もご提出ください。

医師加入の場合は、県医師会入会日をご記入ください。

個人番号 (マイナンバー) は、必ず本人確認を行ったうえで、記入する方を正確に記入し、「個人情報保護シール」などを貼りご提出ください。

採用・正職員・常勤などは「5 その他」に○をつけて理由を () にご記入ください。ご家族が社会保険離脱による加入の場合は、社会保険の資格喪失年月日を資格取得年月日に記入し、「1 社保離脱」に○をつけてください。

※加入要件や提出書類は別紙をご覧ください。
※裏面「家族の健康保険連絡票」をご確認のうえ、必要に応じてご記入ください。