

常務理事	事務次長	課長	係

### 国民健康保険被保険者資格取得届

太枠内のみ記入してください

組合員の 記号・番号		組合員氏名		資格取得年月日		平成	年	月	日
フリガナ 被保険者となる者の氏名		続柄	性別	生年月日	職業	資格取得理由			
			男・女	昭・平 年 月 日		何れかに○印をつけてください。			
			男・女	昭・平 年 月 日		1. 国保離脱			
			男・女	昭・平 年 月 日		2. 社会保険離脱			
			男・女	昭・平 年 月 日		3. 出生			
			男・女	昭・平 年 月 日		4. 生活保護廃止			
			男・女	昭・平 年 月 日		5. その他			
現住所 (自宅)	〒		電話番号		-				
年金	1. 厚生年金			2. 国民年金					
上記のとおりお届けします。									
平成 年 月 日									
医師組合員氏名 (事業主名)								⑩	
従業員組合員氏名								⑩	
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿									

- 直近3ヶ月以内に発行された世帯全員の住民票(コピー可)を添付してください。  
就学のため遠隔地に住所を移している場合は在学証明書を併せて添付してください。
- 資格取得年月日欄は、この届にて加入する被保険者が資格を取得する日付を記入してください。  
(被扶養者のみの取得の場合は、世帯主となる組合員の取得日を記入されないようご注意ください)。
- 職業欄は「医師・看護師・理学療法士・事務員・炊事婦」等を記入してください。

異動事由が発生した日より14日以内に届出をご提出ください。

組合使用欄				
受付	適用除外	電算	被保険者証	異動整理簿
/				