

記入例

常務理事			事務長	係			
庶務	会計	業務		被保険者台帳	異動整理簿	資格確認書等	収入原簿

※医師組合員として加入する方は、この届書以外にもご提出いただく書類がございますので当組合までご連絡ください。

国民健康保険被保険者資格取得届（医師組合員用）

*本届書は、資格取得理由の発生日から14日以内に提出してください。

被保険者記号・番号	記号	番号	資格取得年月日	令和 6 年 12 月 1 日				組合員との続柄	職種	適用除外							
ふりがな氏名		性別	生年月日	個人番号							要・否						
1	こくほ いちろう 国保 一郎	男	昭・平・令 10 . 1 . 1	0	1	2	3	4	5	6		7	8	9	1	0	子
		女															要・否
2		男	昭・平・令 . .														要・否
		女															要・否
3		男	昭・平・令 . .														要・否
		女															要・否
4		男	昭・平・令 . .														要・否
		女															要・否
5		男	昭・平・令 . .														要・否
		女															要・否

様式第一号

資格取得理由 (該当番号を○で囲み、必要事項を記入)	1. 社会保険離脱	事業所名： ○○××病院	資格喪失日： 令和 6 年 12 月 1 日	
	2. 生活扶助廃止	廃止年月日： 令和 年 月 日		
	3. 出生	出生年月日： 令和 年 月 日		
	4. その他	市町村国保喪失	市町村名： 記号： 番号：	資格喪失日： 令和 年 月 日
		その他の理由		
5. 広域連合離脱	資格喪失日： 令和 年 月 日			

上記のとおり届けます。

令和 6 年 12 月 7 日

〒 000-0000

住所 長崎市○○町○番○号

医師組合員 氏名 国保 太郎



個人番号

1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

※注意 必要添付書類については、裏面をご参照ください。