

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	被保険者証	収入原簿

※医師組合員本人として加入する場合、この申請書以外にもご提出していただく書類がございます。
医師組合員本人として加入をご希望される方は、お手数ですが、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。

被保険者証 記号・番号	記号 長崎	番号 01000000	資格取得年月日	平成 28年 10月 1日			
ふりがな 氏名	性別	生年月日 個人番号	組合員 との続柄	職 種	原 爆 手 帳	適用 除外	
こくほ いちろう 国保 一郎	男	昭平 60 . 8 . 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	長男		有 ・ 無	要 ・ 否	
	男 ・ 女	昭・平			有 ・ 無	要 ・ 否	
	男 ・ 女	昭・平			有 ・ 無	要 ・ 否	
	男 ・ 女	昭・平			有 ・ 無	要 ・ 否	
	男 ・ 女	昭・平			有 ・ 無	要 ・ 否	
資 格 取 得 理 由 (ご記入ください。必要事項を○で囲み、該当番号を○で囲みます。)	1. 社会保険離脱	事業所名： ○○××病院	記号： △△	番号： ○○××○○			
	2. 生活扶助廃止	廃止年月日： 平成 年 月 日	資格喪失日：平成 28年 10月 1日				
	3. 出 生	出生年月日： 平成 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：平成 年 月 日					
	その他の理由						
5. 広域連合離脱	資格喪失日： 平成 年 月 日						

上記のとおり届けます。

平成 28年 10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。

様式
第一号