

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

## 国民健康保険被保険者資格取得届（従業員組合員用）

\*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 記入不要	番号 記入不要	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	従業員組合員 との続柄	職種	個人番号				適用 除外								
1	かんごし はなこ 看護師 花子	男 昭 平 55.10.10	本人	看護師	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	要 否
2	かんごし じろう 看護師 次郎	男 昭 平 25.11.11	二男		4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6	要 否
3		男 昭 平 .															要 否

様式第一号

資格取得理由 (ご記入ください。) 該当番号を○で囲み、必要事項を	1. 社会保険離脱	事業所名 : 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 年 月 日
	3. 出生	出生年月日 : 平成 年 月 日
	4. 就職	就職年月日 : 平成 28 年 10 月 1 日
	5. 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
	6. 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 3 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 長崎市〇〇町〇番〇号

医師組合員

氏名 国保 太郎

医療機関名称 ( 国保太郎クリニック )

本届出を上記医師組合員に委任します。

平成 28 年 10 月 3 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

住所 長崎市〇〇町〇〇番地〇〇

従業員組合員

氏名 看護師 花子

個人番号

1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

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。