

# 【記入例：表面】

## 国民健康保険 被保険者資格取得届

受付印

**こちらの届は片面印刷では受付できません。**

両面印刷が不可能な場合は、資格取得届をお送りいたしますので当組合までお問い合わせください。

組合員の記号・番号		群医 <del>— —</del>		※パート従業員は加入できません。				
資格(続柄)		1. 組合員 2. 組合員の家族 ( ) 3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ( )						
*番号 (フリガナ)		コクホ タロウ		性別	生年月日	職業	資格取得年月日	資格取得理由
加入者	氏名	国保 太郎		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令 48 . 11 . 3	医師	令和 6 . 12 . 1	12. 社保離脱 13. 出生 14. 生保廃止 15. その他
	個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		前保険者にマイナンバーカードの保険証利用登録の解除申請をしましたか? <input type="checkbox"/> はい				
1	住所 〒	371 - 0000 前橋市□○町一丁目8番4号		医師国保加入直前の保険について社会保険、健保組合、共済組合などは「12. 社保離脱」市町村国保は「15. その他」を選択				
*マイナ保険証利用登録		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		*交付年月日		*窓		*窓
*交付		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		* <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
資格(続柄)		1. 組合員 2. 組合員の家族 ( 妻 ) 3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ( )						
*番号 (フリガナ)		コクホ ハナコ		性別	生年月日	職業	資格取得年月日	資格取得理由
加入者	氏名	国保 花子		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令 50 . 4 . 14	無職	令和 6 . 12 . 1	12. 社保離脱 13. 出生 14. 生保廃止 15. その他
	個人番号(マイナンバー)	1 1 1 2 2 2 3 3 3 4 4 4		前保険者にマイナンバーカードの保険証利用登録の解除申請をしましたか? <input checked="" type="checkbox"/> はい				
2	住所 〒	- 同上		医師国保加入前の保険者にマイナンバーカードの保険証利用登録の解除申請をした方のみチェック				
*マイナ保険証利用登録		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		*交付年月日				
*交付		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		* <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
資格(続柄)		1. 組合員 2. 組合員の家族 ( ) 3. 従業員組合員 4. 従業員組合員の家族 ( )						
*番号 (フリガナ)				性別	生年月日	職業	資格取得年月日	資格取得理由
加入者	氏名			1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令 . .		令和 . .	12. 社保離脱 13. 出生 14. 生保廃止 15. その他
	個人番号(マイナンバー)			前保険者にマイナンバーカードの保険証利用登録の解除申請をしましたか? <input type="checkbox"/> はい				
3	住所 〒	-						
*マイナ保険証利用登録		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		*交付年月日		* <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		*除外証明日
*交付		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		* <input type="checkbox"/> 医院 <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> その他 ( )		. .		. .

上記のとおり届けます。 令和 6 年 12 月 2 日		【委任欄】 令和 6 年 12 月 2 日	
組合員(先生)氏名 〒 371 - 0000		私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。	
事業所欄	医療機関住所	前橋市□○町一丁目8番5号	
	組合員 氏名	国保 太郎	
個人番号(マイナンバー)		受任者(代理人)	住所 前橋市□▲町一丁目□○番地
		氏名	群馬 次郎
		委任者(組合員)	住所 前橋市□○町一丁目8番5号
		氏名	国保 太郎
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿			

\*印は、記入不要です。なお、組合員と  
※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を  
徴収関係事務並びに情報連携のため

【委任欄】は組合員(先生)以外の方(社労士や会計士事務所等)が申請する場合に記入

及び

# 【記入例：裏面】

◎印は、組合員として加入する場合のみ記入してください。

◎医療機関の名称	◎電話番号	◎県医師会入会年月日	◎県医師会会員種別	◎医籍登録番号
〇〇クリニック	( 027 ) 231 - 0000	3. 昭 4. 平 5. 令 6 · 12 · 1	◎A · B · C	第 123456 号

## ◎保険料預金口座振替承諾書

医師国保組合の保険料（組合員・家族・従業員組合員・従業員組合員の家族）は、下記の預金口座より振替納入することを承諾いたします。

組合員 氏名 国保 太郎

A会員の口座からB会員の保険料を引き去る場合は連名で記入

組合員 氏名

群馬県医師会へ届け出た口座と同じ口座を記入

群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿

◎保険料引去り口座	銀行	支店	1. 普通	口座番号	口座名義人
	ABC	信用金庫 信用組合	□〇	2. 当座	7777777
	群馬県医師信用組合	本店	1. 普通	口座番号	口座名義人

群馬県医師会に口座の届を提出していない方は医師会に届け出てください。