

【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。

1ヶ月の就業日数と就業時間がいずれも常勤の方の4分の3以上の場合は加入可

組合員の記号・番号 群医 01 - 5010 - 00

※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)	マエバシ ハルコ		性別	生年月日	職業	資格取得年月日	資格取得理由
氏名	前橋 春子		1. 男 3. 昭 4. 平 5. 令 2. 女 54 . 7 . 2	看護師	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)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		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				
住所 〒	370 - 5555		高崎市▲▲町100 アパート102号				
*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	
*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 ()				

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

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 (子)			
*番号 (フリガナ)	マエバシ イチロウ		性別	生年月日	職業	資格取得年月日	資格取得理由
氏名	前橋 一郎		1. 男 3. 昭 4. 平 5. 令 2. 女 20 . 8 . 23	学生	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)	5 5 5 6 6 6 7 7 7 8 8 8		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				
住所 〒	-		同上				
*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	
*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 ()				

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

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
氏名			1. 男 3. 昭 4. 平 5. 令 2. 女 . .			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				
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	. .		*窓	<input type="checkbox"/> 郵送
*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 ()		*除外証明日		*特定認定日

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

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。

組合員(先生)氏名

〒 371 - 0000

医療機関住所 前橋市口〇町一丁目8番5号

組合員 氏名 国保 太郎

個人番号
(マイナンバー)

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

組合員(先生)ご自身のマイナンバー

理事長 殿

受任者
(代理人)

住所 前橋市口▲町一丁目〇〇番地

氏名 群馬 次郎

委任者
(組合員)

住所 前橋市口〇町一丁目8番5号

氏名 国保 太郎

*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
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
	()	3.昭 4.平 5.令	A・B・C	第 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。

記入不要

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 信用金庫 信用組合	支店	1. 普通 2. 当座	口座番号	口座名義人
	群馬県医師信用組合	本店	1. 普通	口座番号	口座名義人