

国民健康保険

被保険者資格取得届

理事長	常務理事	事務長	課長・係長	係	台帳入力	収入原簿	異動整理簿

組合員の記号・番号		群医 — —				※パート従業員は加入出来ません。			
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()	
※個人番号	被保険者となる者の氏名 (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	※除外証明年月日	
	-----		1.男 2.女	昭・平・令 .		令和 .	12.社保離脱 13.出生 14.生保廃止 15.その他	※特定(被)認定日	
被保険者の住所		〒					※被保険者証発行		
都		市		町		窓口 医院・医師会・()			
県		郡		村		郵送 医院・医師会・()			
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()	
※個人番号	被保険者となる者の氏名 (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	※除外証明年月日	
	-----		1.男 2.女	昭・平・令 .		令和 .	12.社保離脱 13.出生 14.生保廃止 15.その他	※特定(被)認定日	
被保険者の住所		〒					※被保険者証発行		
都		市		町		窓口 医院・医師会・()			
県		郡		村		郵送 医院・医師会・()			
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()	
※個人番号	被保険者となる者の氏名 (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	※除外証明年月日	
	-----		1.男 2.女	昭・平・令 .		令和 .	12.社保離脱 13.出生 14.生保廃止 15.その他	※特定(被)認定日	
被保険者の住所		〒					※被保険者証発行		
都		市		町		窓口 医院・医師会・()			
県		郡		村		郵送 医院・医師会・()			
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()	
※個人番号	被保険者となる者の氏名 (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	※除外証明年月日	
	-----		1.男 2.女	昭・平・令 .		令和 .	12.社保離脱 13.出生 14.生保廃止 15.その他	※特定(被)認定日	
被保険者の住所		〒					※被保険者証発行		
都		市		町		窓口 医院・医師会・()			
県		郡		村		郵送 医院・医師会・()			

上記のとおりお届けします。 令和 年 月 日					【委任欄】 令和 年 月 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。				
医療機関の住所					受任者(代理人)		住所		
組合員氏名							氏名		
個人番号(マイナンバー)					委任者(組合員)		住所		
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿							氏名		

※個人番号の利用目的について、当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。
 ※印は、記入しないで下さい。なお、組合員として新規に加入する場合は裏面(◎印)の記入もお願いいたします。

◎印は、組合員として新規に加入する場合のみ記入して下さい。

◎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
	() —	令和 . .	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。

組合員氏名 _____

組合員氏名 _____

組合員氏名 _____

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	普通 当座	口座番号	口座名義人
	群馬県医師信用組合	本店	普通	口座番号	口座名義人