

【記入例：表面】 ※こちらの申請書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。

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	取

医師国保加入直前の保険
 社会保険・健保組合・共済組合
 などは12.社保離脱
 国保は 15.その他

組合員の記号・番号		群医		※パート従業員		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	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
	(フリガナ) コクホ タロウ	①男 ②女	昭平・令 48・11・3	医師	令和 3・4・1	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		〒 3 7 1 - 0 0 0 0		※被保険者証発行			
群馬 都 前橋 市		□○ 町		一丁目 8-4		窓口 医院・医師会・() 郵送 医院・医師会・()	
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()	
※個人番号	被保険者となる者の氏名	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
	(フリガナ) コクホ ハナコ	1.男 ②女	昭平・令 50・4・14		令和 3・4・1	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		〒 3 7 1 - 0 0 0 0		※被保険者証発行			
群馬 都 前橋 市		□○ 町		一丁目 8-4		窓口 医院・医師会・() 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	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
	(フリガナ) マエバシ ハルコ	1.男 ②女	昭平・令 54・7・2	看護師	令和 3・4・1	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		〒 3 7 0 - 5 5 5 5		※被保険者証発行			
群馬 都 高崎 市		▲▲ 町		100 アパート 102		窓口 医院・医師会・() 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(子)	
※個人番号	被保険者となる者の氏名	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
	(フリガナ) マエバシ イチロウ	①男 2.女	昭平・令 20・8・23		令和 3・4・1	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		〒 3 7 0 - 5 5 5 5		※被保険者証発行			
群馬 都 高崎 市		▲▲ 町		100 アパート 102		窓口 医院・医師会・() 郵送 医院・医師会・()	

上記のとおりお届けします。 令和 3 年 4 月 ● 日		【委任欄】 令和 3 年 4 月 ● 日	
〒 3 7 1 - 0 0 0 0		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 前橋市□○町一丁目 8-5		受任者(代理人)	住所 前橋市□▲町一丁目 00-0
組合員 氏名 国保 太郎		氏名 群馬 次郎	
個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		委任者(組合員)	住所 前橋市□○町一丁目 8-5
群馬県医師国民健康保険組合 事務課		氏名 国保 太郎	

※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、番号法第1条第2項第1号の目的に健康保険法による
 保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務に利用する。【委任欄】は組合員(先生)以外の方(社労士や会計士事務所等)
 ※印は、記入しないで下さい。なお、組合員として申請する場合に記入

【記入例：裏面】 ※こちらの申請書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。

◎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
〇〇クリニック	(027) 201 - 0000	令和 3・4・1	◎A・B・C	第 1234567 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。

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 国保 太郎

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

群馬県医師会へ届け出た口座と同じ口座を記入

◎保険料引去り口座	A B C	銀行 信用金庫 信用組合	支店	◎普通 当座	口座番号 123456	口座名義人 〇〇クリニックコクホタロウ 〇〇クリニック 国保 太郎
	群馬県医師信用組合		本店	普通	口座番号	口座名義人