

【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

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

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	1	—	5010	—	0	※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 (フリガナ) マエバシ ハルコ	性別	1.男 2.女	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
	前橋 春子		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 ・ ・
	個人番号 (マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8						
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 (フリガナ) マエバシ イチロウ	性別	1.男 2.女	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
	前橋 一郎		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 ・ ・
	個人番号 (マイナンバー)	5 5 5 6 6 6 7 7 7 8 8 8						
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()				
※個人番号	被保険者となる者の氏名 (フリガナ)	性別	1.男 2.女	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 ・ ・
	個人番号 (マイナンバー)							
被保険者の住所	〒		※被保険者証発行					
	都 市 町						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 (フリガナ)	性別	1.男 2.女	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 ・ ・
	個人番号 (マイナンバー)							
被保険者の住所	〒		※被保険者証発行					
	都 市 町						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		委任者 (組合員)	住所 前橋市□○町一丁目8-5
個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		氏名 国保 太郎	
群馬県医師国民健康保険組合 事務長 殿			

組合員(先生)で自身のマイナンバー

※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16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ことと定めており、健康保険法による
 ※印は、記入しないで下さい。なお、組合員として
 【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

【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 令和 . .	◎県医師会会員種別 A・B・C	◎医籍登録番号 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

記入不要

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