

伺	決裁年月日	令和 年 月 日		
	理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険被保険者資格取得届 (2・4種組合員用)

被保険者証の 記号番号	1・3種組合員	資格取得 年月日	加入希望日 令和 4 年 6 月 1 日				
	2・4種組合員						
勤務実態	常勤	事業所形態	個人(5人以上・5人未満)・法人	適用除外	有・無 特定		
被保険者となる者の氏名	性別	生年月日	組合 記入	続柄	職種	個人番号	資格取得理由
1 (フリガナ) コクホ ハナコ 国保 花子	男	昭・平・令 56年 8月 5日	特 介	本人	看護師	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	いずれかに○をして下さい。
2 (フリガナ)	男	昭・平・令 年 月 日	特 介				転入
3 (フリガナ)	男	昭・平・令 年 月 日	特 介				社会保険離脱
4 (フリガナ)	男	昭・平・令 年 月 日	特 介				出生
5 (フリガナ)	男	昭・平・令 年 月 日	特 介				(月 日)
家族加入の場合記入(組合員により生計を維持されている家族)							その他
配偶者の有無	有・無	加入の理由					
上記のとおり届けます。							
令和 年 月 日							
1・3種組合員所在地	〒 514-XXXX □□市△△町1-2						
名称	〇〇クリニック						
氏名	医師 太郎			印	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
TEL	()			FAX	()		
2・4種組合員住所	〒 514-◇◇◇◇ □□市△△3丁目4						
氏名	国保 花子			印	個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1		
TEL	090 (1234) 5678			FAX	()		
三重県医師国民健康保険組合理事長 様							

※組合確認届及び確認書類を添付して下さい。

【個人番号の利用目的について】

本組合は、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、給付及び徴収事務で利用します。