|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険被保険者資格取得届  様式第１号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | | 佐　医・ | | | | | 資格取得  年月日 | | | | | | 令和　　　　　･　　 　　･ | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　　名 | | | | | | 続柄 | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | マイナ保険証利用登録の有無 | | | | | | | | 職種 | | | | |
| ふりがな |  | | | | |  | | 男  女 | | ＳＨ　　R  ・　　・ | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 個人番号（マイナンバー） | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ふりがな |  | | | | |  | | 男  女 | | ＳＨ　　R  ・　　・ | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 個人番号（マイナンバー） | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ふりがな |  | | | | |  | | 男  女 | | ＳＨ　　R  ・　　・ | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 個人番号（マイナンバー） | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |
| ふりがな |  | | | | |  | | 男  女 | | ＳＨ　　R  ・　　・ | | | | | | 有　・　無 | | | | | | | |  | | | | |
| 氏名 |  | | | | |
| 個人番号（マイナンバー） | | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| ※医師国保に加入前の保険等を下記欄より選択し、ご記入下さい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資  格  取  得  理  由 | | １．社会保険離脱　　事業所名：  　　　　　　　　　　喪失年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２．生活保護廃止　　廃止年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３．出　　　　生　　出生年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４．共済組合離脱　　保険者名：  　　　　　　　　　　喪失年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５．市町村国保・　　保険者名：  　　国保組合喪失　　喪失年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６．その他（具体的にご記入下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の通りお届けします。  　令和　　　年　　　月　　　日  医療機関名（ 法人 ・ 個人 ）    医師  従業員  住所（住民票登録）　〒  組合員    氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞  TEL　　　　　（　　　　）　　　　　　※日中連絡の取れる連絡先  佐賀県医師国民健康保険組合理事長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の者は、当該医療機関の医療に従事する者及びその家族に相違ありません。  （※この欄は、従業員組合員及びその家族がご加入される場合のみ、医師組合員がご記入・ご捺印下さい。）  　　医療機関名    　　医師組合員氏名（事業主）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格確認書処理 | | | | 資格確認書発行 | 資格取得年月日 | | | | | | | 適用除外年月日 | | | | | | 特被 | | 台帳訂正 | | | | | | | | |
| 有　･　無 | | | | ・　　・ | ・　　・ | | | | | | | ・　　・ | | | | | |  | | ・　　・ | | | | | | | | |