|  |
| --- |
| 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 | ・　　・ | ・　　・ | ・　　・ |  | ・　　・ |