

常務理事	事務局長	課長	業務係	会計・庶務係

照 合 事 項	被 保 険 者 台 帳	異 動 整 理 簿	賦 課	資 格 確 認 書 お 知 ら せ	受 付
	/ 済	/ 済	/ 済	/ 交付	

 県医システム 保健事業 サ-バ-連携

## 国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者記号・番号	—		加入区分	新規・追加	
資格取得年月日	令和 年 月 日				
被保険者となる者の氏名	性別	組合員 との続柄	生年月日	職業	個人番号
1	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
2	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
3	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
4	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
5	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
6	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
7	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
8	ふりがな 男・女		昭・平・令 ・ ・		<input type="checkbox"/> マ付保険証
資格取得の理由	社会保険離脱 ・ 出生 ・ その他 ( )				

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

被保険者住所 〒

組合員氏名

宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

註) 被保険者の資格を取得した者があるときは 14 日以内に届け出てください。