

被保険者資格取得届

(様式第1号-1)

鹿児島県医師国民健康保険組合 御中

下記の通り資格を取得したいので届出ます (申請者)

申請日	令和	年	月	日
医療機関所在地	〒 -			
記号・番号	3010			
医療機関名				
医師組合員名				
資格取得日(雇入した日)(前健康保険喪失日)	令和	年	月	日

(現住所) 〒 - 鹿児島県

被保険者となる者の氏名	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)	続柄	取得理由
(カナ) (氏名)	男	昭和 平成 令和 年 月 日			国保転入 社保離脱 出生
(カナ) (氏名)	男	昭和 平成 令和 年 月 日			国保転入 社保離脱 出生
(カナ) (氏名)	男	昭和 平成 令和 年 月 日			国保転入 社保離脱 出生
(カナ) (氏名)	男	昭和 平成 令和 年 月 日			国保転入 社保離脱 出生
(カナ) (氏名)	男	昭和 平成 令和 年 月 日			国保転入 社保離脱 出生

添付書類 : ①離職証明書又は喪失証明書 ②就労証明書(非常勤証明) ③住民票(取得申請される方全員分)
※医師組合員の加入の際は、マイナンバーカード又は通知カードと運転免許証等の写しを添付。

保険料引去払込同意書 (※新規加入時)

私は鹿児島県医師国民健康保険組合の保険料を下記の銀行口座から引去りのうえ、払い込むことを同意します。

取扱銀行	1. 鹿児島銀行 2. 南日本銀行 3. 鹿児島県医師信用組合		
	支店・出張所	普通・当座	番号
名義			

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)に基づき、私の個人情報を「鹿児島県医師国保組合 個人情報保護に関する規程」に記載の業務ならびに利用目的の達成に必要な範囲で利用することに同意します。

(組合使用欄)

区分		増	異動	遡及	役員	事務長	検印	受付	
医師	本人	医療							
		支援金							
		介護							
家族		医療			郡市医師会			医師会	
		支援金							
		介護							
従業員	本人	医療			会員区分		A · B · C		
		支援金							
		介護							
	家族		医療			届出年月日			月 日
			支援金						
			介護						
後期高齢者					取得年月日			月 日	
合計									被保険者証の作成