様式第１

国民健康保険被保険者資格 取得 喪失 変更 届書

決裁	常務理事	事務長	係員	県医師会入会年月日
				年 月 日

被保険者証の記号番号		住所		資格得喪及び変更年月日	
記号	番号	住民登録の住所		取得・喪失年月日	令和 年 月 日
医		異動前後の住所		変更年月日	令和 年 月 日

員番	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	健康保険適用除外の有無	異動前・異動後の保険者	取得・喪失年月日
	(フリガナ)	本人	男・女	昭平令 ・ ・		有無（ 年 月 日）		
		被保険者の個人番号						
	(フリガナ)		男・女	昭平令 ・ ・		有無（ 年 月 日）		
		被保険者の個人番号						
	(フリガナ)		男・女	昭平令 ・ ・		有無（ 年 月 日）		
		被保険者の個人番号						
	(フリガナ)		男・女	昭平令 ・ ・		有無（ 年 月 日）		
		被保険者の個人番号						
	(フリガナ)		男・女	昭平令 ・ ・		有無（ 年 月 日）		
		被保険者の個人番号						
	(フリガナ)		男・女	昭平令 ・ ・		有無（ 年 月 日）		
		被保険者の個人番号						

資格得喪及び変更事由

取得	新規・追加	1．出生	2．社保離脱
		3．生保廃止	
		4．その他(事由)	
喪失	全部・一部	1．死亡	2．社保加入
		3．生保開始	
		4．その他(事由)	
変更		世帯合併	世帯分離 / 世帯変更
		住所変更	氏名変更
		組合員変更(事由)	
		その他(事由)	

受付

上記のとおり（被保険者証を添えて）届出します。

令和 年 月 日

医療機関所在地

組合員 医療機関名

氏名 ㊞

（注）取得届以外で署名(自筆)の場合は，押印の必要はありません。

茨城県医師国民健康保険組合理事長殿

処理欄		
区分		取扱者印
被保険者台帳		
異動整理簿		
被保険者証	発行	
	訂正	
	回収	
出産育児一時金		
葬祭費		
傷病手当金等		
離脱証明書発行	発行年月日（ . . ）	
保険料	台帳	
	更正簿	
	徴収簿	

（注）１．太枠内にすべて記入して下さい。
２．氏名には必ずフリガナをつけて下さい。
３．資格取得・変更申請に際しては，住民票謄本（被保険者の個人番号の記載のあるもの）を添付してください。

(2019. 4. 1,000)