

# 国民健康保険被保険者資格

取得喪変

## 届書

被保険者証の記号番号		住所		県医師会入会年月日	
記号	番号	住民登録の住所	住	取得・喪失年月日	平成 年 月 日
医		異動後の住所	所	変更年月日	平成 年 月 日
員番	氏名	性別	生年月日	職業	健康保険適用の有無(年月日)
(フリガナ)	本人	男・女	昭平		有( ) 無( )
(フリガナ)	被保険者の個人番号	男・女	昭平		有( ) 無( )
(フリガナ)	被保険者の個人番号	男・女	昭平		有( ) 無( )
(フリガナ)	被保険者の個人番号	男・女	昭平		有( ) 無( )
(フリガナ)	被保険者の個人番号	男・女	昭平		有( ) 無( )
(フリガナ)	被保険者の個人番号	男・女	昭平		有( ) 無( )
(フリガナ)	被保険者の個人番号	男・女	昭平		有( ) 無( )
受	付	上記のとおり(被保険者証を添えて)届出します。			
		平成 年 月 日			
		組合員	医療機関所在地		
		氏名	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			

- (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。

処	取	欄
区	分	扱
被	保	印
台	帳	
異	動	
整	簿	
被	行	
保		
險	訂	
者	正	
証	回	
	収	
出	見	
産	一	
育	時	
児	金	
一		
葬	費	
祭		
傷	手	
病	等	
当		
( )		
証	行	
明	行	
発		
発		
行		
年		
月		
日		
( )		
保		
險		
料		
台		
帳		
更		
正		
簿		
徴		
収		
簿		