

様式第1

<b>国民健康保険被保険者資格 取得 届書</b> <small>喪失 変更</small>										決 裁	常任理事	事務長	係 員	県医師会入会年月日	
													令和 年 月 日		
被保険者証の記号番号					住 所					資格喪失及び変更年月日					
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 異 動 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	資 格 取 得 及 び 変 更 事 由			
	(フリガナ)				本人		昭 平 令		有 無 (年 月 日)			取 得 追 加	新 規 ・ 追 加	1. 出 生 2. 社 保 離 脱	
					被保険者の個人番号						3. 生 保 廃 止 4. その他(事由)				
	(フリガナ)						昭 平 令		有 無 (年 月 日)			喪 失	全 部 ・ 一 部	1. 死 亡 2. 社 保 加 入	
					被保険者の個人番号						3. 生 保 開 始 4. その他(事由)				
	(フリガナ)						昭 平 令		有 無 (年 月 日)			変 更	世 帯 合 併 世 帯 分 離 世 帯 変 更	住所変更 氏名変更	
					被保険者の個人番号						組合員変更(事由)				
	(フリガナ)						昭 平 令		有 無 (年 月 日)			更	そ の 他 (事 由)	その他(事由)	
					被保険者の個人番号										
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。 茨城県医師健康保険組合理事長殿										

処理欄	
区分	取扱印
被保険者帳	
異動簿	
被保険者証	発行
	訂正
	回収
出産育児一時金	
葬 祭 費	
傷 病 手 等 金	
離 脱 証 明 書 発 行	
発行年月日 ( . . )	
保険料	台帳
	訂正簿
	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。

**資格取得届記入例**

様式第1

国民健康保険被保険者資格 <b>取得</b> 届書										決裁		常任理事		事務長		係員		県医師会入会年月日		処理欄							
																		令和 年 月 日		区分		取扱者印					
被保険者証の記号番号					住所					資格喪失及び変更年月日					被保険者証												
記号		番号			住民登録の住所					住民票に記載してある住所を記入してください。					取得・喪失年月日		令和〇年〇〇月〇〇日		被保険者台帳								
医		記入不要			異動前後の住所					※住所変更申請の際記入していただく欄になります					変更年月日		令和 年		当てはまるものに○をしてください。								
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		資格取得及び変更事由		発行						
		(フリガナ) イバラキ イチロウ			本人		男		00・00・00				有(年月日)				令和〇年〇〇月〇〇日		新規追加		1.出生 2.社保離脱		被保険者証				
		茨城 一郎			被保険者の個人番号				個人番号(マイナンバー)を記入してください。										取得		3.生保廃止		訂正				
		(フリガナ) イバラキ 〇〇〇			妻		女		00・00・00				有(年月日)				令和〇年〇〇月〇〇日		喪失		4.その他(事由)		回収				
		茨城 〇〇〇			被保険者の個人番号				加入する方全員を記入してください。ご家族のみ加入する場合は、2行目以降に記入してください。										全部一部		1.死亡 2.社保加入		出産育児一時金				
		(フリガナ) イバラキ 〇〇〇			子								無				令和〇年〇〇月〇〇日		変更		3.生保開始		葬祭費				
		茨城 〇〇〇			被保険者の個人番号				医師国保へ加入の際は、 ・資格取得届出書 ・住民票謄本(マイナンバー記載のもの) を添付して医師国保まで郵送お願いします。										住所変更		4.その他(事由)		傷病手当金等				
		(フリガナ) イバラキ 〇〇〇			子												令和〇年〇〇月〇〇日		世帯合併		世帯分離		世帯変更		離脱		
		茨城 〇〇〇			被保険者の個人番号														住所変更		氏名変更		組合員変更(事由)		証明書発行		
		(フリガナ)			被保険者の個人番号														組合員変更(事由)				発行年月日( )				
		(フリガナ)			被保険者の個人番号														その他(事由)				発行				
					被保険者の個人番号																		発行年月日( )				
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 (開設者医師) 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。 茨城県医師健康保険組合理事長殿																				台帳		訂正簿		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。

(H29. 3. 1. 000)

**資格喪失届記入例**

様式第1

国民健康保険被保険者資格 <b>取得</b> 届書															県医師会入会年月日		処理欄	
被保険者証の記号番号															令和 年 月 日		区分	取扱印
住所															資格喪失及び変更年月日		被保険者帳	
住民登録の住所															取得年 月 日 <b>喪失</b> 令和〇年〇月〇日		異動簿	
住所変更申請の際記入していただく欄になります															変更年月日 令和 年 月 日		発行	
職業															資格取得及び変更事由		訂正	
健康保険適用外の有無															取得年 月 日 <b>喪失</b> 令和〇年〇月〇日		回収	
氏名															1. 出生 2. 社保離脱		出産育児一時金	
続柄															3. 生保廃止		葬祭費	
性別															4. その他(事由)		傷病手当金	
生年月日															1. 死亡 2. 社保加入		証明書発行	
職業															3. 生保開始		発行年月日	
健康保険適用外の有無															4. その他(事由)		台帳	
氏名															1. 死亡 2. 社保加入		訂正簿	
続柄															3. 生保開始		徴収簿	
性別															4. その他(事由)			
生年月日															1. 死亡 2. 社保加入			
職業															3. 生保開始			
健康保険適用外の有無															4. その他(事由)			
氏名															1. 死亡 2. 社保加入			
続柄															3. 生保開始			
性別															4. その他(事由)			
生年月日															1. 死亡 2. 社保加入			
職業															3. 生保開始			
健康保険適用外の有無															4. その他(事由)			
<p><b>医師国保を抜ける際、被保険者証を返還してください</b></p>															<p>喪失する方全員を記入してください。 ご家族のみ喪失する場合は、2行目以降に記入してください。</p>		<p>当てはまるものに○をしてください。</p>	
<p>上記のとおり（被保険者証を添えて）届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p><u>組合員</u> 医療機関名</p> <p>(開設者医師) 氏 名</p> <p>(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。</p> <p>茨城県医師健康保険組合理事長殿</p>															<p>取得</p> <p>喪失</p> <p>一部</p> <p>全部</p> <p>更</p>		<p>発行</p> <p>訂正</p> <p>回収</p> <p>出産育児一時金</p> <p>葬祭費</p> <p>傷病手当金</p> <p>証明書発行</p> <p>発行年月日</p> <p>( . . )</p> <p>台帳</p> <p>訂正簿</p> <p>徴収簿</p>	

- (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。

(H29. 3. 1. 000)

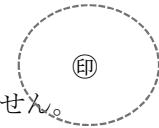
資格変更届記入例

様式第1

国民健康保険被保険者資格 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">取得喪失変更</span> 届書										決裁	常任理事	事務長	係員	県医師会入会年月日					
被保険者証の記号番号										住所				資格喪失及び変更年月日					
記号	番号									住民登録の住所				取得・喪失日	令和 年 月 日				
医	1	2	3	4	5	6	7	8	異動前 異動後 の住所		住民票に記載してある住所を記入してください。 ※変更前の住所を記入してください。				変更年月日	令和〇年〇〇月〇〇日			
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	資格取得及び変更事由		
	(フリガナ) イバラキ イチロウ									本人	男	昭平令 〇〇・〇〇・〇〇		有無 (年月日)			取得 新規・追加	1. 出生	2. 社保離脱
	茨城 一郎									被保険者の個人番号						3. 生保廃止			4. その他(事由)
	(フリガナ) イバラキ 〇〇〇									妻	女	昭平令 〇〇・〇〇・〇〇		有無 (年月日)			喪失 全部	1. 死亡	2. 社保加入
	茨城 〇〇〇									被保険者の個人番号						3. 生保開始			
	(フリガナ) イバラキ 〇〇〇									子	男					一部	世帯合併 世帯分離 世帯変更		
	茨城 〇〇〇									被保険者の個人番号							住所変更	氏名変更	
	(フリガナ) イバラキ 〇〇〇									子	女					変更	組合員変更(事由)		
	茨城 〇〇〇									被保険者の個人番号							その他(事由)		
	(フリガナ)																		
	(フリガナ)											昭平令 ・		有無 (年月日)					
	被保険者の個人番号																		
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 <u>組合員</u> 医療機関名 (開設者医師) 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。 茨城県医師健康保険組合理事長殿									

住所または氏名変更の際は、  
住民票謄本を添付してください。  
変更前の被保険者証は、  
医師国保へ返還してください。

当てはまるものに○をしてください。



処理欄	
区分	取扱印
被保険者帳	
異動簿	
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	
( )	
証明書発行	
発行年月日	( . . )
保険料	台帳
	訂正簿
	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。