

回 覧	理事長	副理 理事長	常務 理事	事務長	課長	主任	主事	担当	台帳整理 特定台帳 整理 被保険者証 発行 保険料調定	受 付

国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者証記号番号 (記入しないでください)		資格取得年月日	令和 7 年 1 月 1 日			
資格取得者の現住所	〒400-0047 甲府市徳行5-13-5 山梨県医師会館3階					
直近の1月1日の居住地 (上記と違う場合)	〒400-0000 甲府市丸の内0000					
法人又は個人の別	法人 ・ 個人 (現在の従業員数 常勤 名 ・ 非常勤 名)					
資格取得理由 (今まで加入していた保険)	1. 協会けんぽ 2. 出生 3. その他(市町村国保、共済等)					
被保険者となる人の氏名	第一種と の続柄	性別	生 年 月 日	職 種 <small>医師、看護師、事務等</small>	勤務形態	マイナ保険証利用登録
(フリガナ) ヤマナシ タロウ 山 梨 太 郎	第二種	男	昭和 55 年 1 月 1 日	看護師	常 勤	登録済み
	個人番号	女			非常勤	未登録
(フリガナ) ヤマナシ ハナコ 山 梨 花 子	第二種の子	男	昭和・平成・令和 3 年 1 月 1 日		常 勤	登録済み
	個人番号	女			非常勤	未登録
(フリガナ)		男	昭和・平成・令和 年 月 日		常 勤	登録済み
	個人番号	女			非常勤	未登録
(フリガナ)		男	昭和・平成・令和 年 月 日		常 勤	登録済み
	個人番号	女			非常勤	未登録

職種には、医師、看護師、事務、など医療機関での職種をご記入ください。ご家族の場合は空欄で構いません。

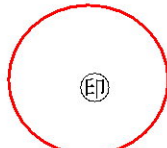
マイナ保険証の利用登録状況に○をつけてください。

※同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。(国民健康保険法第19条1項)
 ※世帯全員の住民票の中に市町村国保の被保険者が含まれていないことを確認してください。

上記のとおり必要書類を添えて届出します。
 令和 年 月 日

医療機関住所
 第一種組合員 医療機関名
 氏 名

第一種組合員(医師)からの申請です。
 ご記入ください。



山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿

※被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。
 届出代行 事業所名称
 担当者名
 連絡先電話番号