

国民健康保険 被保険者資格取得（加入）届

記号番号		区分
新医	-	法人 個人 個 5 個任

氏名 フリガナ	性別	生 年 月 日	職種および続柄	直近の	記号番号	交付	区分
個人番号（マイナンバー）		資格取得年月日	※3.4.の場合続柄を記載	加入保険等			
	男・女	昭・平・令 年 月 日	1.医師 2.従業員 3.医師家族 4.従業員家族	1.社保 2.国保 3.出生 4.生保 5.ほか ()		確認書 お知らせ	介護 特定 前期
	男・女	令和 年 月 日	続柄				
	男・女	昭・平・令 年 月 日	1.医師 2.従業員 3.医師家族 4.従業員家族	1.社保 2.国保 3.出生 4.生保 5.ほか ()		確認書 お知らせ	介護 特定 前期
	男・女	令和 年 月 日	続柄				
	男・女	昭・平・令 年 月 日	1.医師 2.従業員 3.医師家族 4.従業員家族	1.社保 2.国保 3.出生 4.生保 5.ほか ()		確認書 お知らせ	介護 特定 前期
	男・女	令和 年 月 日	続柄				
	男・女	昭・平・令 年 月 日	1.医師 2.従業員 3.医師家族 4.従業員家族	1.社保 2.国保 3.出生 4.生保 5.ほか ()		確認書 お知らせ	介護 特定 前期
	男・女	令和 年 月 日	続柄				

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり必要書類を添えて届けます。

令和 年 月 日

【届出者】（第1種組合員）

氏 名	
住 所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 TEL
医療機関名	

本届出を下記代理人に委任します。

令和 年 月 日

【委任者】（第1種組合員）

氏 名	
代理人	事業所名・住所、担当者、TEL 〒 TEL

常務理事	事務長	課長	
受付	登録	賦課	交付
備考			