

取

国民健康保険 被保険者資格取得届(第2種)

加入区分
新規・追加

被保険者証記号番号	医師組	
資格取得年月日	平成 年 月 日	
資格取得理由	1. 社保離脱 2. 出生 3. 市町村国保離脱 4. その他 ()	
勤務状況	形態・時間数	1. 常勤 2. 非常勤 週 時間勤務

フリガナ 氏 名	世帯主 との続柄	性 別	個人番号 生年月日	職 業
		男女	昭和・平成 年 月 日	
		男女	昭和・平成 年 月 日	
		男女	昭和・平成 年 月 日	
		男女	昭和・平成 年 月 日	
		男女	昭和・平成 年 月 日	
		男女	昭和・平成 年 月 日	
		男女	昭和・平成 年 月 日	

上記の通り届けます。

平成 年 月 日

第1種組合員 (雇用主である医師)	所在地 (事業所)	〒
	名 称	
	氏 名	Ⓜ
	TEL:	
	個人番号	<input type="text"/>
第2種組合員 (ご本人)	自宅住所	〒
	氏 名	Ⓜ
	個人番号	<input type="text"/>

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿

健康診断書

住所：

氏名：

生年月日：（明・大・昭・平） 年 月 日生（ 才）

理学的に異常所見なし
よって健康である

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

住所：

医師：

印