

取

国民健康保険 被保険者資格取得届 (第1種)

被保険者証記号番号	医師組		法人・個人
資格取得年月日	令和	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 ()		

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・平・令 年 月 日	
		男女	昭・平・令 年 月 日	
		男女	昭・平・令 年 月 日	
		男女	昭・平・令 年 月 日	
		男女	昭・平・令 年 月 日	
		男女	昭・平・令 年 月 日	
		男女	昭・平・令 年 月 日	

上記の通り届けます。

令和 年 月 日

〒

(世帯主) 住 所

氏 名

印

電話番号

個人番号

Personal Number input field

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿

申 込 書

徳島県社会保険診療報酬支払基金より毎月私に支払われる社会保険診療報酬金を私の預金口座へ入金の際、医師国保保険料を私の預金口座より振替伝票にて（届出印鑑を使用せず）引き出し貴行かちどき橋支店の徳島県医師国民健康保険組合預金口座へ払込み下されたく右報酬金の入金なく保険料の払込みが出来ない場合は、次月に次月分保険料と共に一時に振替払込み下されたくお願いいたします。尚、本件に関して私の一切の責に任じ貴行に対しては何等のご迷惑もおかけしません。

令和 年 月 日

住所	
預金者名	印
徳島県医師国民健康保険組合 理事長	