

国民健康保険被保険者 資格取得届

【注意】

一、この届は世帯人員の異動（増加）があった時に十四日以内に提出する書類です。世帯の全員が新規に加入する場合にはこの届ではなく加入申込書をお出し下さい。
 二、事実の発生した日（その世帯に入った日）が資格取得日となり保険料もその月分より徴取することになります。（組合に加入していない人の保険証の（写）を添付して下さい）
 三、太線わく内の諸事項について全部記入して下さい。健康保険資格喪失証明などを必ず添付して下さい。
 四、不明な点がありましたら組合 ☎三（三八七四）七四一 までお問合わせ下さい。

記号	番号	特定	班					資格取得理由	資格取得年月日	受付年月日
85	—									
ふりがな		世帯主区分	続柄	性別	生年月日					
被保険者となる者の氏名		1. 世帯主 0. 世帯主以外		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	2. 社保離脱 3. 生保停止 4. 出生 9. その他	年 月 日	年 月 日	
個人番号（マイナンバー）										
個人番号（マイナンバー）										
個人番号（マイナンバー）										

上記の者が資格を取得した(同一世帯に加わった)のでお届けいたします。

令和	年	月	日		TEL	()
組合員住所 _____						
氏名						(印)
事業所名 _____						
事業主名						(印) TEL ()

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

決 裁		検 印	異動整理簿	証 交 付	係 収 受	受 付 印
常務理事	事務局長			枚		
令和 年 月 日		記 事	得			