

准 組 合 員 資 格 申 請 (届) 書										決 裁	常 務 理 事 長	係 員	
被 保 險 者 証 の 記 号 番 号		住 所		取 得 喪 失 変 更		所		決 裁		常 務 理 事 長		係 員	
記号	番 号	准 組 合 員 の 住 所	(〒)	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日
氏 名	性 別	生 年 月 日	職 業	健 康 保 險 適 用 外 の 有 無	異 動 前 後 の 保 險 者	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日
(フリガナ)	本人	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
(フリガナ)	被保険者の個人番号	昭平		有									
上記のとおり念書(被保険者証)を添えて申請(届出)します。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 氏名 組合員 茨城県医師国民健康保険組合理事長殿										受 付 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 氏名 組合員 茨城県医師国民健康保険組合理事長殿		印	

(注) 1. 太枠内すべて記入してください。(新規加入の場合は、被保険者番号欄を除く)。
 2. 氏名には必ずフリガナをつけてください。
 3. 資格取得・変更申請に際しては、住民票謄本(被保険者の個人番号の記載があるもの。)を添付してください。また、取得申請の際には念書(裏面)の記入押印をお願いします。
 4. 組合員の配偶者及び2親等内の親族は、経営者の立場上准組合員の資格を認めておりません。

(H29.3.1.000)

処 理 欄	
区 分	取 扱 者
被 保 險 者 帳 台	
異 動 理 簿	
被 保 險 者 証	発 行
出 産 育 児 一 時 金	訂 正
葬 祭 費	回 収
傷 病 手 当 金 等	
()	
証 明 書 発 行	
発 行 年 月 日 (. . .)	
保 險 料	台 帳
	更 正 簿
	徴 収 簿

様式第2の(3)

念 書

茨城県医師国民健康保険組合を「甲」とし、組合員 を「乙」とし、准組合員資格取得申請に当たり、下記の条項を約諾します。

記

1. 乙の申請する被保険者（以下「丙」という。）の保険料は、甲に対し乙が納入すること。
2. 丙の一部負担金の最終責任及び丙が被保険者証の不正行使に基づく、甲に対する返還金の納付義務は、乙に帰属するものであること。
3. 丙の資格喪失後の被保険者証の回収は、乙の責任とすること。
4. 准組合員の勤務する医療機関で取り扱った丙の医療費は、組合同約第63条の定めにより、甲に請求しないこと。

平成 年 月 日

(医療機関名)

住所

届出人組合員

氏名

㊦

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿