国民健康保険被保険者　　資　格　取　得　届　（組合員加入届）

○住 民 票
○住 基 ネット

被保険者証	記号 － 番号
	食 －

＊住民票（世帯全員分）を添付すること。
＊個人番号は必ず本人確認を行ったうえで記入してください。
＊マイナンバーカードの保険証利用登録状況を必ず記入してください。

資格確認書等交付
・　・

本人氏名		住所	〒　－	Tel（　　）
個人番号				

被保険者 氏	被保険者 名	枝番	続柄	性別	生年月日	資格取得 ※	資格取得 理由	資格取得 該当年月日	現在加入している保険（証のコピーを添付）	マイナンバーカードの保険証利用登録
フリガナ 個人番号				男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	特 介 未就学 前高	雇入　社保離脱　出生 その他（　　）	令和　年　月　日	社保 国保（市町村・他組合）	□あり　□なし
フリガナ 個人番号				男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	特 介 未就学 前高	その他（　　）	令和　年　月　日		□あり　□なし
フリガナ 個人番号				男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	特 介 未就学 前高	その他（　　）	令和　年　月　日		□あり　□なし
フリガナ 個人番号				男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	特 介 未就学 前高	その他（　　）	令和　年　月　日		□あり　□なし

＊資格取得欄には、その理由及び該当年月日を記入すること。

事業主組合員	事業主名	事業所名（屋号）	業種
	継続 フリガナ ㊞	法人 個人 フリガナ	
事業所所在地	〒　－	Tel（　　）	Fax（　　）
自宅住所	〒　－	Tel（　　）	Fax（　　）

理事長
事務長
交付
入力
受付
給付

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

京都市食品衛生国民健康保険組合　殿

所属団体
この届出は適正であることを確認します。

名称

代表者　　㊞

病歴等告知書

下記の質問について、「いいえ」または「はい」で回答してください。「はい」の場合は医療機関名・治療状況等欄に詳しく記入してください。

	質問	回答		公費負担者番号	医療機関名	1か月の通院日数	1か月の窓口支払額
1	公費負担はありますか。（本人が支払う一部負担金の一部もしくは全額を国や市町村に負担してもらっていますか。） ※乳幼児医療は除く	いいえ	はい			日	円
						日	円
						日	円
2	慢性疾患のため、医師から治療をすすめられたり、現在治療中ですか。	いいえ	はい	病名	医療機関名	1か月の通院日数	1か月の窓口支払額
						日	円
						日	円
						日	円
3	最近3か月以内に医師の診療・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 （柔整・はり灸・マッサージ含む）	いいえ	はい			日	円
						日	円
						日	円
4	過去2年間に市町村国保等が実施している「特定健診」を受診しましたか。	いいえ	はい				
5	「特定健診」を受診している場合、医師から経過をみるために定期的な診察・検査を受けるよう指導されたことがありますか。	いいえ	はい				
6	過去5年以内に病気やケガで、手術をうけたことがありますか。	いいえ	はい			R　年　月頃	
						R　年　月頃	
						R　年　月頃	
7	過去に「がん」にかかったことがありますか。また現在、「がん」や「血友病」、「慢性腎不全（人工透析）」にかかっていますか。	いいえ	はい			S・H・R　年　月頃	
						S・H・R　年　月頃	
8	過去に心臓疾患（心筋梗塞、心筋症、狭心症、弁膜症など）にかかったことがありますか。また現在、かかっていますか。	いいえ	はい			S・H・R　年　月頃	
						S・H・R　年　月頃	
9	過去に脳血管疾患（脳梗塞、脳卒中、くも膜下出血、脳出血など）にかかったことがありますか。また現在、かかっていますか。	いいえ	はい			S・H・R　年　月頃	
						S・H・R　年　月頃	
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	いいえ	はい	1日に吸う本数	喫煙期間（年）		
				本	年		
				本	年		

上記の申告内容に相違ありません。なお、加入の申請に際し虚偽の告知があったときは、加入取消しの処分に附せられても一切の異議申し立てを行いません。

記入日　　年　　月　　日

記入者（加入予定の従業員等、本人自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞