

別紙様式

被保険者資格申立書

有効な保険証の交付を受けており、医療保険料の被保険者資格について、下記の通り申し立てます。

※ ① 医療保険料の被保険者資格を有する者、または、過去に有する者（以下「被保険者」といいます。）は、年齢、性別、所得、世帯員構成、世帯所得等の状況が一定の範囲内である限り、診療報酬等率決定の通知に定める年齢の範囲を超えて、途中で二歳減します。

1 保険証等に関する事項

保険証の有無	○有効な保険証の交付を受けている
保険料種別	○社保 ○国保 ○前期 ○その他 □わからない
保険料者等名称	
事業所名 ^{※1}	
保険証の交付 を受けた時期	○1か月以内 □それより前 □わからない
一般保険料の 割合 ^{※2}	○1から6の間 □それより前 □わからない

※1 医療保険料の被保険者資格を有する者、または、過去に有する者（以下「被保険者」といいます。）は、年齢、性別、所得、世帯員構成等の状況が一定の範囲内である限り、診療報酬等率決定の通知に定める年齢の範囲を超えて、途中で二歳減します。

※2 ① 若しくは上の、または医療保険料の被保険者資格を有する者が、一般保険料の割合について記入してください。なお、三人以上の同一一般保険料の被保険者となるという場合、後日、診療報酬等率決定通知を請求する必要があります。

**2 マイナンバーカードの外部事項等
（リガフ）**

氏名										
生年月日	○明治	○大正	○昭和	○平成	○令和	年	月	日		
性別	○男	○女								
住所										

※3 マイナンバーカードの外部記載事項は、被保険者の資格を有する期間中に記入する必要があります。なお、マイナンバーカードの外部記載事項は、被保険者の資格を有する期間中に記入してください。

年 月 日

署名 （患者の関係者^{※4}）

連絡先電話番号

※4 患者の同意を得た後、被保険者の資格を有する期間中に記入してください。