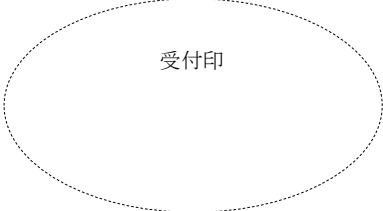


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	課長	担当



## 国民健康保険被保険者資格取得届

資格取得年 月 日	平成・令和	年	月	日
勤務する (使用される) 医療機関名				

【記載の方法については裏面をご覧ください。】

提出 代行者 の氏名	
------------------	--

フリガナ		生 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	性 別	1. 男 2. 女	加入する 年 の 種 類	1. 厚生年金 2. 国民年金
氏名										
個人番号 (マイナ ナンバー)			資 格 取 得 の 理 由	1. 社保離脱(平成・令和 年 月 日)…社会保険の資格喪失年月日 2. 出生 (平成・令和 年 月 日)…出生した日 3. その他 (平成・令和 年 月 日)…雇用関係の発生した日 等						
職 種	1. 医 師 2. 看護師 3. 事 務 4. その他( )	第 1 種 組 合 と の 続 柄	1. 第1種組合員(医師)本人 2. 第1種家族 続柄( ) 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄( )	記 番 号	※ 事務局記入欄		台 帳 番 号	※ 事務局記入欄		

フリガナ		生 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	性 別	1. 男 2. 女	加入する 年 の 種 類	1. 厚生年金 2. 国民年金
氏名										
個人番号 (マイナ ナンバー)			資 格 取 得 の 理 由	1. 社保離脱(平成・令和 年 月 日)…社会保険の資格喪失年月日 2. 出生 (平成・令和 年 月 日)…出生した日 3. その他 (平成・令和 年 月 日)…雇用関係の発生した日 等						
職 種	1. 医 師 2. 看護師 3. 事 務 4. その他( )	第 1 種 組 合 と の 続 柄	1. 第1種組合員(医師)本人 2. 第1種家族 続柄( ) 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄( )	記 番 号	※ 事務局記入欄		台 帳 番 号	※ 事務局記入欄		

フリガナ		生 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	性 別	1. 男 2. 女	加入する 年 の 種 類	1. 厚生年金 2. 国民年金
氏名										
個人番号 (マイナ ナンバー)			資 格 取 得 の 理 由	1. 社保離脱(平成・令和 年 月 日)…社会保険の資格喪失年月日 2. 出生 (平成・令和 年 月 日)…出生した日 3. その他 (平成・令和 年 月 日)…雇用関係の発生した日 等						
職 種	1. 医 師 2. 看護師 3. 事 務 4. その他( )	第 1 種 組 合 と の 続 柄	1. 第1種組合員(医師)本人 2. 第1種家族 続柄( ) 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄( )	記 番 号	※ 事務局記入欄		台 帳 番 号	※ 事務局記入欄		

フリガナ		生 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月	日	性 別	1. 男 2. 女	加入する 年 の 種 類	1. 厚生年金 2. 国民年金
氏名										
個人番号 (マイナ ナンバー)			資 格 取 得 の 理 由	1. 社保離脱(平成・令和 年 月 日)…社会保険の資格喪失年月日 2. 出生 (平成・令和 年 月 日)…出生した日 3. その他 (平成・令和 年 月 日)…雇用関係の発生した日 等						
職 種	1. 医 師 2. 看護師 3. 事 務 4. その他( )	第 1 種 組 合 と の 続 柄	1. 第1種組合員(医師)本人 2. 第1種家族 続柄( ) 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄( )	記 番 号	※ 事務局記入欄		台 帳 番 号	※ 事務局記入欄		

※ 事務局記入欄	
医師国保 台帳登録 年月日	令和 年 月 日 ㊟
被保険者証 発行年月日	令和 年 月 日 ㊟
適用除外 承認申請書 発行年月日	令和 年 月 日 ㊟

上記の通り申請致します	提出年月日	令和	年	月	日
	〒	—			
	自宅住所				
	第1種組合員 (医師組合員)	連絡先TEL	—	—	
		氏名			㊟
	岩手県医師国民健康保険組合理事長 様				

**【個人情報の取扱いについて】**

ご記入いただいた個人情報は当組合の個人情報保護方針に沿って扱うものとします。また、この申請によって取得した個人番号(マイナンバー)は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。

<記載方法は裏面をご覧ください。>

## 【資格取得届の記載について】

- 資格取得年月日 : 資格取得の理由に応じた資格取得年月日を記載して下さい。  
(例) ・社会保険の資格喪失年月日。  
・出生した日。  
・雇用関係の発生した日。 等
- 勤務する(使用される)医療機関名 : 勤務する(使用される)医療機関名を記載して下さい。
- 提出代行者の氏名 : 第1種組合員(医師組合員)または当該事業所以外の方が資格取得の申請を行う場合、申請書を提出する者の氏名を記載して下さい。
- 氏名 : 住民票に記載の氏名を記載して下さい。フリガナはカタカナで記載して下さい。
- 生年月日 : 該当の番号に○をして、生年月日を記載して下さい。
- 性別 : 該当の番号に○をして下さい。
- 加入する年金の種類 : 該当の番号に○をして下さい。厚生年金に加入の場合は当組合より「健康保険被保険者適用除外承認申請書」をお送りいたします。
- 個人番号 : 本人確認(「番号確認」および「身元確認」)を必ず行なった上で、誤りのないよう記載して下さい。
- 資格取得の理由 : 1. 社保離脱→協会けんぽ、共済組合、健保組合等の社会保険の被保険者又は家族が、資格喪失したことにより、医師国保組合の被保険者となる場合。  
2. 出生 →出生により医師国保組合の被保険者となる場合。  
3. その他 →社保離脱、出生に該当しないもの。  
(例) ・雇用関係が発生したことにより医師国保組合の被保険者となる場合。  
・市町村国保から医師国保組合に加入した場合。
- 職種 : 該当の番号に○をして下さい。その他の場合は括弧の中に職種を記載して下さい。
- 第1種組合員との続柄 : 該当の番号に○をして下さい。括弧の中には続柄を記載して下さい。  
(例) 妻、夫、父、母、長男、次男、長女、次女 等
- 記号番号及び台帳番号 : 医師国保組合事務局において決定しますので記載しないで下さい。
- 申請書下部の申請者の欄は、提出年月日、第1種組合員(医師組合員)の自宅住所、連絡先、氏名に署名捺印の上、提出して下さい。

## 【提出書類等】

- 第1種組合員(医師組合員)の加入の場合
  - ・国民健康保険被保険者資格取得届
  - ・世帯全員が記載となっている**個人番号の記載のない**住民票
  - ・身元確認書類(個人番号カードの写しもしくは運転免許証の写し、パスポートの写し 等) ※いずれか一つ
  - ・第1種組合員新規加入時状況確認書
  - ・預金口座振替依頼書
  - ・社会保険の資格喪失証明書の写し(社会保険の資格喪失により、医師国保組合の被保険者となる場合)
  - ・課税標準額がわかるものの写し(岩手医科大学医師会所属の場合は不要)
  - ・委任状(岩手医科大学医師会所属の場合は不要)
  - ・修学中のものに関する届(医師国保組合に加入する組合員の家族が、学業のため組合員と住民票を別にしている場合)
- 第2種組合員(従業員)・第1種家族・第2種家族の加入の場合
  - ・国民健康保険被保険者資格取得届
  - ・世帯全員が記載となっている**個人番号の記載のない**住民票
  - ・社会保険の資格喪失証明書の写し(社会保険の資格喪失により、医師国保組合の被保険者となる場合)
  - ・修学中のものに関する届(医師国保組合に加入する組合員の家族が、学業のため組合員と住民票を別にしている場合)

## 【留意点】

- 国民健康保険法第19条第1項「組合員及び組合員の世帯に属する者は、当該組合が行う国民健康保険の被保険者とする。」の規定により、住民票が組合員と同一世帯の国民健康保険の被保険者は、全員が、医師国保組合に加入となります。ただし、他の社会保険や、他の国保組合の被保険者になっている者は、加入の必要はございません。
- 申請は**事実発生の14日以内**に提出して下さい。