

常務理事	事務長	次長	係	証等交付年月日

国民健康保険被保険者資格取得届 (正組合員用)

※太枠内は必ず記入してください。裏面も記入欄有

記号番号		9			資格取得年月日		令和 年 月 日		
静岡県医師会 入会日又は異動日		令和 年 月 日			静岡県医師会 会員区分		A · B		
正組合員形態		開業医・勤務医(常勤・非常勤)			所属郡市 医師会名		医師会		
医療機関	名称				区分	法人・個人			
	所在地	〒			電話番号	- -			

1	氏名	(フリガナ)			性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		年齢	
		(氏)	(名)	続柄				加入前の 健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続	マイナンバー 保険証利用登録	該当に○ 有・無
	マイナンバー (個人番号)						職業 職種					

2	氏名	(フリガナ)			性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		年齢	
		(氏)	(名)	続柄				加入前の 健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続	マイナンバー 保険証利用登録	該当に○ 有・無
	マイナンバー (個人番号)						職業 職種					

3	氏名	(フリガナ)			性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		年齢	
		(氏)	(名)	続柄				加入前の 健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続	マイナンバー 保険証利用登録	該当に○ 有・無
	マイナンバー (個人番号)						職業 職種					

正組合員住所 (住民票記載の住所)	〒	
	電話番号	- -

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 年 月 日

正組合員
氏名 _____

マイナンバー
(個人番号)

--	--	--

静岡県医師国民健康保険組合理事長 様

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)	氏名 (事務所名)	担当者
-----------------------	--------------	-----

※組合 記入欄	証等送付先	医院・自宅	適用除外 送付先	医院・社労士	適用除外 承認証
------------	-------	-------	-------------	--------	-------------

添付書類は裏面参照。記入方法は別紙参照。 ※ 裏面へ →

同一の住民票に記載されている方の健康保険についてご記入ください。

静岡県医師国民健康保険組合に加入されないご家族の健康保険等加入状況

氏 名		続柄	現在加入している健康保険等
(氏)	(名)		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)		<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()

◎住民票上同一世帯の方で市町村国保加入者は当組合の被保険者となりますので、手続きをお願いいたします。

※同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。

法律（国民健康保険法第19条第1項）により、国保は世帯単位の加入が義務付けられていますので、同一世帯で家族の方が市町村国保に加入している場合は全員が本組合に加入していただくか、本人を含め全員が市町村国保に加入するかどちらかになります。（社会保険、他の国保組合に加入している方を除く）

また、厚生年金保険に加入される方は、市町村国保に加入できませんので、世帯全員が本組合に加入していただくか、本人のみ社会保険（協会けんぽ）へ加入していただくことになります。

【添付書類】

世帯全員が記載された住民票	<ul style="list-style-type: none">・ 3ヵ月以内に発行したもの・ コピー不可・ 世帯主、続柄等省略のないもの
マイナンバー確認書類	<ul style="list-style-type: none">・ マイナンバーカードの写し または・ 通知カードの写し(マイナンバー記載の住民票を添付の場合は不要です)
健康保険適用除外承認申請書	<ul style="list-style-type: none">・ 厚生年金保険の被保険者に該当される方のみ(法人事業所等強制適用事業所・任意適用事業所)
診断書	<ul style="list-style-type: none">・ 現に傷病を有する者がいるとき
正組合員の身元確認書類 ※正組合員の資格取得時のみ	<ul style="list-style-type: none">・ 運転免許証の写し・ マイナンバーカードの写し・ パスポートの写し 等 いずれか(身元確認を行うため、顔写真付きのもの)

※マイナンバーの利用目的について

当組合は、被保険者のマイナンバーを番号利用法第9条第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で使用します。

【お願い】

- ・ 事実が発生した日から14日以内に届出てください。
- ・ 自家診療については保険請求できません。
- ・ 申請内容に不備のあった場合は、書類を返戻させていただきますので、ご了承ください。

＜ 記 入 方 法 ＞

記号番号	正組合員（家族を含む）が新規加入する場合→記入不要（当組合にて決定します） 正組合員家族が追加加入する場合→正組合員の記号番号を記入
資格取得年月日	当組合へ加入する日を記入
静岡県医師会入会日 又は異動日	正組合員が静岡県医師会に入会した日または現在の会員区分に異動した日を記入
静岡県医師会会員区分	正組合員の静岡県医師会会員区分を○で囲む
正組合員形態	開業医・勤務医（常勤・非常勤）いずれかを○で囲む
所属都市医師会名	所属の都市医師会名を記入（例：静岡市静岡医師会 等）
医療機関	正組合員が開業（勤務）している医療機関の名称、所在地、電話番号を記入
区 分	法人・個人のいずれかを○で囲む
資格取得者の欄	加入する方の氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢を記入
続 柄	正組合員から見た続柄を記入（例：本人、妻、子 等）
マイナンバー（個人番号）	12桁のマイナンバーを記入
職種・職業	職種・職業を記入（例：医師、なし、学生 等）
加入前の健康保険	組合に加入する前の健康保険に <input checked="" type="checkbox"/>
マイナンバー保険証 利用登録	マイナンバーカードを健康保険証利用登録しているか 有・無のいずれかを○で囲む
正組合員住所	正組合員世帯の自宅住所（住民票上の住所）、電話番号を記入 正組合員家族は、 正組合員と住民票が異なる場合は加入できません ※ただし、学生等の理由により正組合員と住所が異なる場合は、別途届出 （学生…116条該当届）により、特例で加入できます。
申請者の欄	この書類を記入した日、正組合員の氏名、マイナンバーを記入
提出代行者記入欄	提出を代行した社会保険労務士の氏名（事務所名）、担当者名を記入

常務理事	事務長	次長	係
------	-----	----	---

証等交付年月日

医師とご家族の加入は
こちらの用紙に記入してください。

加入する日をご記入ください。

※記入例

国民健康保険被保険者資格取得届 (正組合員用)

※太枠内は必ず記入してください。裏面も記入欄有

記号番号		9			資格取得年月日		令和 6 年 4 月 1 日			
静岡県医師会 入会日又は異動日		令和 6 年 4 月 1 日			静岡県医師会 会員区分		A · B			
正組合員形態		開業医 · 勤務医 (常勤 · 非常勤)			所属郡市 医師会名		静岡市静岡 医師会			
医療機関	名称	〇〇医院			区分	法人 · 個人				
	所在地	〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 1-1			電話番号	054 - △△△ - △△△△				
1	氏名	(フリガナ) コクホ (氏) 国保	(名) タロウ 太郎	性別	男 · 女	生年月日	昭和 平成 令和	39 年 5 月 3 日	年齢	60
	マイナンバー (個人番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			職業 職種	医師	加入前の 健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続	マイナンバー 保険証利用登録
2	氏名	(フリガナ) コクホ (氏) 国保	(名) ハナコ 花子	性別	男 · 女	生年月日	昭和 平成 令和	41 年 6 月 5 日	年齢	58
	マイナンバー (個人番号)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8			職業 職種	なし	加入前の 健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続	マイナンバー 保険証利用登録
3	氏名	(フリガナ)	(名)	性別	男 · 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年齢	
	マイナンバー (個人番号)				職業 職種		加入前の 健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 任意継続	マイナンバー 保険証利用登録
正組合員住所 (住民票記載の住所)		〒420-xxxx 〇〇市△△区〇〇町 5-5			電話番号	054-xxx-xxxx				
上記のとおり必要書類を添えて届出します。										
令和 6 年 4 月 3 日										
正組合員 氏名		国保 太郎			マイナンバー (個人番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
静岡県医師国民健康保険組合理事長 村				届出者は正組合員の 医師になります						

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)	氏名 (事務所名)	担当者
-----------------------	--------------	-----

※組合 記入欄	証等送付先	医院 · 自宅	適用除外 送付先	医院 · 社労士	適用除外 承認証
------------	-------	---------	-------------	----------	-------------

添付書類は裏面参照。記入方法は別紙参照。

※ 裏面へ →