

常務理事	事務長	主事	係

証交付年月日

受 付

様式第2号

国民健康保険被保険者資格取得届（正組合員用）

被保険者証 記号番号	9	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日
---------------	---	---------	----------	---	---	---

加入区分	新規 ・ 追加	正組合員種別	開設管理者 ・ 勤務医師
------	---------	--------	--------------

静岡県医師会 入会日又は異動日	平成 令和	年	月	日	静岡県医師会 会員区分	A ・ B	※保険者確認
--------------------	----------	---	---	---	----------------	-------	--------

医療機関	名称					区分	法人・個人
	所在地	〒				電話	— —

1	氏名	(フリガナ) (氏).....(名)	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢
	個人番号	.....	続柄		職業 職種	取得 事由	該当する番号に○をつけてください。 1. 地区外転入 2. 社会保険離脱 3. 生活保護廃止 4. 出生 5. 市町村より転入 6. その他			

2	氏名	(フリガナ) (氏).....(名)	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢
	個人番号	.....	続柄		職業 職種	取得 事由	該当する番号に○をつけてください。 1. 地区外転入 2. 社会保険離脱 3. 生活保護廃止 4. 出生 5. 市町村より転入 6. その他			

3	氏名	(フリガナ) (氏).....(名)	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢
	個人番号	.....	続柄		職業 職種	取得 事由	該当する番号に○をつけてください。 1. 地区外転入 2. 社会保険離脱 3. 生活保護廃止 4. 出生 5. 市町村より転入 6. その他			

正組合員の住所 (住民票記載の住所)	〒	電話	— —
-----------------------	---	----	-----

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

印

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）	印
-------------------	---

【添付書類】・世帯全員の住民票(コピー不可) ※ 3ヵ月以内に発行し続柄等省略のないもの
・加入する方の「通知カード」もしくは「個人番号カード」の写し
(個人番号が記載されている住民票の場合、通知カード、個人番号カードの写しは不要です。)

※記入方法等は裏面を参照願います。

※組合記入欄	証送付先	医院・自宅・その他	適用除外 送付先	医院・自宅・社労士	適用除外 承認証
--------	------	-----------	-------------	-----------	-------------

様式第2号 国民健康保険被保険者資格取得届 (正組合員用)

～ 正組合員または正組合員の家族が資格取得する際、届出てください。～

【添付書類】

- ◎ 世帯全員の住民票（コピー不可） ※3ヵ月以内に発行し、続柄等省略のないもの
- ◎ ≪個人番号確認書類≫加入する方の「通知カード」もしくは「個人番号カード」の写し
（個人番号が記載されている住民票の場合、通知カード、個人番号カードの写しは不要です。）
※個人番号記載の住民票を添付する場合、加入する方以外の個人番号は復元できない程度にマスキングまたは削除してください。
- ◎ 正組合員の身元確認書類（運転免許証、医師資格証(ICカード)など写真付のものいずれかの写し)
当組合が、個人番号が記入されている届書を受け付ける場合、正しい番号であることの確認（番号確認）と現に手続きを行っている者が番号の正しい持ち主であることの確認（身元確認）を行う必要があります。
- ◎ 現に傷病を有する者があるときは、その者の診断書

【記入方法】

- ◆ 被保険者証記号番号
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 → 正組合員の被保険者証記号番号を記入
 - ◆ 資格取得年月日
資格取得する日を記入 ※加入要件を充たした日
 - ◆ 加入区分
正組合員（家族を含む）が新規加入する場合 → 新規を○で囲む
正組合員の家族が追加加入する場合 → 追加を○で囲む
 - ◆ 正組合員種別 いずれかを○で囲む
 - ◆ 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
 - ◆ 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
 - ◆ 医療機関
正組合員が開業（勤務）している医療機関の名称、法人・個人の別、所在地、電話番号を記入
 - ◆ 資格取得者
資格取得する方の氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢を記入
 - ◆ 個人番号 個人番号（マイナンバー）を記入
- ※ 個人番号の利用目的について

当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法第9条別表第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利用します。

- ◆ 続柄 正組合員からみた続柄を記入（例：本人、妻、子 等）
 - ◆ 職種・職業 職種・職業を記入（例：医師、なし、学生 等）
 - ◆ 取得事由
取得事由の中から該当する番号を○で囲む
 - ◆ 正組合員の住所
正組合員世帯の自宅住所（住民票上の住所）を記入
正組合員家族は、正組合員と住所（住民票上の住所）が異なる場合は加入できません。
※ただし、学生や施設入所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 ・ 施設入所等…116条の2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、印（個人印）、個人番号（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が記入
- 【お願い】 事実が発生した日から14日以内に届け出てください。