

様式第2号の1

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 (准組合員用)

※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	
加入区分		新規 ・ 追加			雇用年月日		令和 年 月 日	
医療機関	区分	法人・個人（厚生年金：適用・非適用）			※資格取得年月日と雇用年月日が異なる場合はその理由に☑		<input type="checkbox"/> 勤務時間等の増加 <input type="checkbox"/> 市町村国保からの切替 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	名称							
	所在地	〒			電話番号	— —		

  

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	
	マイナンバー (個人番号)	_____			続柄		加入前の健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 出生	マイナンバー 保険証利用登録

  

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	
	マイナンバー (個人番号)	_____			続柄		加入前の健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 出生	マイナンバー 保険証利用登録

  

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	
	マイナンバー (個人番号)	_____			続柄		加入前の健康保険	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 出生	マイナンバー 保険証利用登録

  

准組合員住所 (住民票記載の住所)	〒				
准組合員氏名			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

住所 \_\_\_\_\_

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	
-----------------------	--------------	--	-----	--

適用除外 送付先	医院 ・ 社労士 (要返信用封筒)	※組合記入欄	証等送付日	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	・ 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	・ 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	・ 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	・ 現に傷病を有する者があるとき

※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。
- ・ 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	准組合員（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） 准組合員家族が追加加入する場合→准組合員の記号番号を記入
資格取得年月日	加入する日を記入 本人：社会保険の加入要件に該当する日 家族：准組合員と同じ世帯に属した方が加入する日
雇用年月日	医療機関に雇用された日を記入
資格取得年月日と雇用日が異なる場合	いずれかの理由に☑
加入区分	准組合員（家族を含む）が新規加入する場合→新規 准組合員家族が追加加入する場合→追加 どちらかを○で囲む
医療機関	准組合員が勤務している医療機関の区分、名称、所在地、電話番号を記入
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	准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：看護師、事務 等）
加入前の健康保険	組合に加入する前の健康保険に☑
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
准組合員住所	准組合員世帯の自宅住所（住民票上の住所）を記入  准組合員家族は、 <b>准組合員と住民票が異なる場合は加入できません</b> ※ただし、学生等の理由により准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。
准組合員氏名	准組合員の氏名、電話番号を記入
申請者の欄	この書類を記入した日、正組合員の住所、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

様式第2号の1

従業員とそのご家族の加入は  
こちらの用紙に記入してください。  
(勤務医は「正組合員用」に記入)

※記入例

証等交付年月日

加入する日をご記入ください。  
通常、雇用年月日と同一になります。

# 国民健康保険被保険者資格取得届

(准組合員用)

※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
加入区分	新規・追加	雇用年月日	令和 6 年 3 月 20 日
医療機関	区分	法人・個人 (厚生年金: 適用・非適用)	<input type="checkbox"/> 勤務時間等の増加 <input type="checkbox"/> 市町村国保からの切替 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	名称	〇〇医院	
	所在地	〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 1-1	

1 氏名	(フリガナ) クミアイ	ハナコ	性別	男・女	生年月日	昭和	40年 6月 3日	年齢	59										
	(氏) 組 合	(名) 花 子				平成													
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	看護師	加入前の 健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保 <input checked="" 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

2 氏名	(フリガナ) クミアイ	タロウ	性別	男・女	生年月日	昭和	16年 7月 5日	年齢	20										
	(氏) 組 合	(名) 太 郎				平成													
マイナンバー (個人番号)	5	4	3	2	1	0	9	8	7	6	5	4	職業 職種	学生	加入前の 健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保 <input checked="" 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

3 氏名	(フリガナ)		性別	男・女	生年月日	昭和		年齢											
	(氏)	(名)				平成													
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	該当に○ 有・無

学生で、組合員本人と住所が異なる場合、別途届出が必要です。

准組合員住所 (住民票記載の住所)	〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 3-13		
准組合員氏名	組 合 花 子	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 5 日

住所 〒420-xxxx  
〇〇市△△区〇〇町 1-1

マイナンバー  
(個人番号)

正組合員

氏名 国 保 太 郎

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
-----------------------	---------------	-----

適用除外 送付先	医院・社労士 (要返信用封筒)	※組合記入欄	証等送付日	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 →