

(様式第1号)

国民健康保険被保険者資格取得届

|        |        |       |       |       |        |
|--------|--------|-------|-------|-------|--------|
| 被保険者台帳 | 資格確認書等 | 異動整理簿 | 保険料徴収 | 被保マスタ | 総合システム |
|        |        |       |       |       |        |

※ 太枠内をもなく記入して下さい。

|                           |   |       |                            |         |  |              |  |  |  |  |         |
|---------------------------|---|-------|----------------------------|---------|--|--------------|--|--|--|--|---------|
| 被保険者証の記号番号                |   | 160 - |                            | 資格取得年月日 |  | 2令和 2年 4月 1日 |  |  |  |  |         |
| 被保険者氏名<br>(追加のみ)          | 3 | 4性別   | 6生年月日                      |         |  |              |  |  |  |  | 8職種*1   |
|                           |   |       | 7個人番号                      |         |  |              |  |  |  |  | 9取得理由*2 |
| 准組合員又は<br>(フリガナ) シマネ イチロウ | 5 | 男・女   | 昭和・平成・令和 5 3 年 4 月 1 5 日   |         |  |              |  |  |  |  | 11      |
|                           |   |       | 本人                         |         |  |              |  |  |  |  | 23      |
| 家族<br>(フリガナ) シマネ ハナコ      | 5 | 男・女   | 昭和・平成・令和 5 5 年 1 1 月 1 2 日 |         |  |              |  |  |  |  | 無職      |
|                           |   |       | 妻                          |         |  |              |  |  |  |  | 23      |
| 家族<br>(フリガナ) シマネ タロウ      | 5 | 男・女   | 昭和・平成・令和 1 8 年 1 月 6 日     |         |  |              |  |  |  |  | 無職      |
|                           |   |       | 子                          |         |  |              |  |  |  |  | 23      |
| 家族<br>(フリガナ) シマネ サクラ      | 5 | 男・女   | 昭和・平成・令和 2 0 年 9 月 1 4 日   |         |  |              |  |  |  |  | 無職      |
|                           |   |       | 子                          |         |  |              |  |  |  |  | 23      |
| 家族<br>(フリガナ) シマネ ジロウ      | 5 | 男・女   | 昭和・平成・令和 2 5 年 3 月 2 9 日   |         |  |              |  |  |  |  | 無職      |
|                           |   |       | 子                          |         |  |              |  |  |  |  | 23      |
| 家族<br>(フリガナ) シマネ スミレ      | 5 | 男・女   | 昭和・平成・令和 2 7 年 1 0 月 2 日   |         |  |              |  |  |  |  | 無職      |
|                           |   |       | 子                          |         |  |              |  |  |  |  | 23      |

上記のとおり、お届けいたします。

|                        |                      |                 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|----------------------|-----------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 10令和 2年 4月 1日          |                      |                 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11准組合員                 | 氏名                   | ④               |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | 個人番号                 |                 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 私は、この届出の提出を下記の者に委任します。 |                      |                 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12組合員                  | ※准組合員世帯について取得の場合は代理人 |                 |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | (医療機関)               | 所在地 (〒690-0049) | 松江市袖師町〇番△△号             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |                      | 名称              | 医療法人 島根医院               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |                      | 氏名              | 島根一郎 ④                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |                      | 個人番号            | 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |                      | 電話              | 0 8 5 2 - 1 2 - 3 4 5 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*1職種  
11. 医師  
12. 看護師  
13. 事務  
14. その他(枠内にご記入下さい)

\*2取得理由  
21. 出生  
22. 就職  
23. 社保離脱  
24. その他(枠内にご記入下さい)

【記入例】

組合員と組合員家族が資格を取得される場合

- 【記入要領】
- ①新規取得の組合員・准組合員(従業員)の場合は医師国保組合で付番を行います。(家族の追加の場合は記入して下さい)
  - ②資格取得日を記入(追加加入される方の取得日(出生日)です)
  - ③加入される方の氏名・フリガナを記入
  - ④該当に〇を記入
  - ⑤組合員又は准組合員(従業員)との続柄を記入(妻・子・父・母・兄・弟・姉・妹など)
  - ⑥生年月日を記入、昭和・平成・令和はいずれかに〇印を記入
  - ⑦個人番号(マイナンバー)を記入
  - ⑧「職種」欄には、下段\*1にある該当の番号を記入して下さい。その他の場合は職種を記入
  - ⑨「取得理由」欄には、下段\*2にある該当の番号等を記入して下さい。その他の場合は理由を記入
  - ⑩提出日を記入(資格取得日は②に記入)
  - ⑪准組合員(従業員)が資格取得を行う場合は氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと
  - ⑫組合員(事業主)の医療機関情報(郵便番号・住所・医療機関名称・電話番号)、氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと

- 【添付書類】
- 被保険者の新規加入手続きにおいて本人確認のため全員分の「個人番号カード(写し：両面)、又は「個人番号付きの住民票」＋「運転免許証など顔写真付証明書(写し)」を個別の封筒にて封緘(必ず糊付けして下さい)してご提出ください。
  - 社保離脱・その他の場合は証明書を添付して下さい。(以前に加入されていた保険の資格喪失日と医師国保組合への資格取得日の間に未加入期間がないことを確認するためのものです。)
  - 70歳以上の方は「高齢者受給者証」発行のため、課税証明書の添付をお願いします。

【概要】

- 1.資格取得を申請される組合員・准組合員(従業員)それぞれ世帯毎に1枚の様式を提出して下さい。
  - 2.本書を含む申請書類は、本組合受付(資格取得日以降)後に資格審査・申請書等提出書類の点検などを行うため被保険者証発行に数日を要しますのでご承知お下さい。被保険者証等は組合員(事業主)宛てにお送りします。※「健康保険被保険者適用除外申請」が必要となる事業所は更に日数を要します。
- 島根県医師国保組合規約〔抜粋〕
- 第2章 組合員(加入の申込み) 第9条 組合に加入しようとする者は、氏名、住所、性別、生年月日、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成二十五年法律第二十七号)第二条第五項に規定する個人番号(以下「個人番号」という。)、職業、使用する事業所名及び法第6条各号に関する事項(健康保険法(大正11年法律70号)第3条第1項第7号又は同条第2項ただし書の規定による承認に関する事項を含む。以下同じ。)並びにその世帯に属する家族及び雇用する従業員の氏名、性別、生年月日、個人番号、職業及び法第6条各号に関する事項を記載した書面をもって、その旨を組合に申し込まなければならない。
- 島根県医師国保組合運営規程〔抜粋〕
- (加入の申込み) 第7条 組合に加入しようとする者(組合員に属する家族及び従業員が加入する場合を含む。)は、国民健康保険被保険者資格取得届(様式第1号)により、理事長に加入の申込みをしなければならない。

【注意事項】

- ⑦⑪⑫「個人番号」の枠に記入がある場合は、必ず「個人情報保護シール」を貼り付けて下さい。
- 届出の事由発生後、14日以内に提出して下さい。
- 「健康保険被保険者適用除外申請を受けた事業所(法人事業所・常時5人以上の従業員を雇用する事業所・任意で厚生年金保険に加入している事業所)」は本手続きの前に「健康保険被保険者適用除外申請」を行う必要があります。(年金事務所への提出期限は「医師国保へ加入しようとする日から5日以内」となっております。提出期限を過ぎた場合、医師国保に加入できないこともありますので余裕をもった手続きをお願いいたします。)

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合  
〒690-8535  
松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内  
TEL：0852-26-3100  
FAX：0852-26-3104  
E-mail：isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp