

国民健康保険被保険者資格取得届（正組合員新規加入用）

※必ず申請書の項目はすべてご記入ください。（記入方法は裏面参照）

個人番号 (マイナンバー)		加入希望日	平成	年	月	日
就業形態	開業医・勤務医（常勤・非常勤）	事業所形態	個人事業所・法人事業所			
所属地区 医師会名		医師会入会日	平成	年	月	日
氏名	性別	生年月日	以前に加入の保険			
フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 市町村国保（ 人で加入） <input type="checkbox"/> 社会保険 ・ <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

医療機関所在地・医療機関名称（法人事業所の場合は法人名も記入）

〒 -

TEL: - -

住所（自宅） ※住民票の住所を記入

〒 -

TEL（携帯可）: - -

本組合に加入する家族	氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号(マイナンバー)
	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日		
	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日		
	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日		
	フリガナ	男・女	昭和・平成 年 月 日		

【必要書類】

- ① 世帯全員の住民票
- ② 前保険の資格喪失証明書 または 被保険者証のコピー
- ③ 「預金口座振替依頼書」
- ④ <<マイナンバー確認書類>>「通知カード」もしくは「個人番号カード」のコピー
- ⑤ 「健康保険適用除外承認申請書」 ※厚生年金に該当される方のみ提出

※マイナンバーが記載された住民票の場合は、「④マイナンバー確認書類」は不要です。

（注意）70歳以上の方が加入する場合は、別途書類が必要となります。（裏面参照）

上記のとおり、必要書類を添えて届けます。

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

平成 年 月 日

届出
代行者
(担当者)

事業所名称:

担当者氏名:

連絡先: - -

組合員氏名:

印

組合 記入 欄	受付印	取得日	
		備考	

【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、番号法別表第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する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

◇ 医師会入会手続き完了後、加入希望日から原則 14 日以内にご提出ください。

◇ 申請書の項目はすべて記入が必要です。漏れのないよう記入して下さい。

なお、申請内容に不備があった場合は、書類を返送させていただきますのでご了承ください。

《 記 入 方 法 》

個人番号(マイナンバー)	通知カード又は個人番号カード等に記載の個人番号(12桁)を記入
加 入 希 望 日	医師会入会日以降の日付で当組合へ加入する希望日を記入
就 業 形 態	勤務医の場合は常勤か非常勤か明記
事 業 所 形 態	個人事業所か法人事業所か明記
所 属 地 区 医 師 会 名	所属している郡市区医師会名 (例) 名古屋市中区医師会
医 師 会 入 会 日	医師会に入会した年月日
以前に加入の保険	該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 ・市町村国保に加入…同一世帯内での加入人数を記入 ・社会保険とは…全国健康保険協会(協会けんぽ)・船員保険・健康保険組合・共済組合 ・健康保険に加入していない…「その他」に“無保険”と記入
医療機関所在地・ 医療機関名称	・医師会へ登録している医療機関を記入 ・上記登録が自宅の場合は、主となる勤務先1か所を記入
住 所 (自 宅)	住民票の記載どおりに記入
家 族 (氏 名 等)	家族が加入する場合に記入
// 続 柄	組合員から見た続柄 (例) 夫・妻・子 等
届出代行者(担当者)	組合員以外の方(家族・事務担当者・代行機関等)が申請を行う場合に記入

《 必要書類について 》

世帯全員の住民票	・3ヶ月以内に発行されたもの ・コピー不可 ・続柄等省略のないもの
前保険の資格喪失証明書 または被保険者証のコピー	いずれも手元にない場合は添付無しでも可。 ※資格取得届の“以前に加入の保険”は必ず正確にご記入ください。
預金口座振替依頼書	保険料を指定の口座より引落しさせていただきます。
「通知カード」もしくは 「個人番号カード」のコピー	・「通知カード」は平成27年10月以降にお住まいの市区町村から発行されています。 ・いずれも手元にない場合は、個人番号の記載がある住民票を提出してください。
健康保険適用除外承認申請書	厚生年金に該当される方のみ提出が必要になります。 なお、適用除外申請は“適用を受ける日”から <u>14日以内</u> に届出を行わなくてはなりません。
70歳以上の方が加入する場合	高齢受給者証の交付対象者となり、所得によって給付割合が異なりますので、「課税証明書」もしくは「市町村民税納税通知書」をご提出ください。

《資格取得（正組合員）の注意点》

<提出前にご確認ください>

○下記の加入要件をすべて満たしていますか。

- ①医療・福祉の事業又は業務に従事する公益社団法人愛知県医師会の会員であること
※医師会会員種別は問いません。非常勤の方も加入いただけます。
- ②住民票が愛知県・岐阜県・三重県・静岡県・長野県にあること
- ③（家族が加入する場合）正組合員と住民票上で住所が同じであること
※修学の為、一時的に住所が別となっている場合は、「第116条該当届」にて申請を行うことにより、家族として加入することができます。

○当組合は自家診療の給付の制限をしています。

（組合規約第12条抜粋）

被保険者が自己の開設または、勤務する保険医療機関あるいは被保険者の資格に関連する保険医療機関で受ける診療については、診療の給付は行わない。

○同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。（国民健康保険法第19条第1項）

法律により、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、全員で当組合に加入していただくか、全員で市町村国保に残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、厚生年金をかける方については、市町村国保に残れませんので、全員で当組合に加入するか、本人だけ社会保険（協会けんぽ）への加入となります。

<適用除外承認申請書について>

- ・当組合加入後の年金の種類が厚生年金である方は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」の届出が必要となります。

ただし、加入前より下記に該当されている事業所につきましては、適用除外申請を行うことができず、当組合へ加入することが出来ません。

- ・法人事業所
- ・常時常勤従業員が5人以上の事業所
（→事業主世帯のみの加入は可）

※すでに適用除外申請を行っている事業所に勤務される医師の方につきましては、上記の限りではございません。

愛知県医師国民健康保険組合

〒460-0008

名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館5階

TEL：052-263-1688 FAX：052-263-1748

業務日及び時間：月曜日～金曜日（9：00～12：00、13：00～17：00）

土日祝日・夏季休暇・年末年始は休業いたします。

※電話でのお問い合わせの際、本組合被保険者の方は必ず被保険者証記号番号を確認の上、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。