様式第38号

**国民健康保険被保険者　資格取得　届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 記号　　　　番号 | 資格取得年月日（第１種組合員とその家族の加入年月日） | 　　年　　月　　日 |
| **第１種組合員（医師）記入欄**　※医師とその家族が加入する場合にご記入ください。 |
|  | 氏　　名 | 第１種組合員との続柄 | 性別 | 生年月日 | 住　　　所 | 加入前の健康保険等 | 資格取得の理由 |
| 個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) | 職　　種 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人・扶養②喪失状況　　年　　月　　日　喪失(予定) | 1社保離脱2生活保護廃止3出生4後期高齢者離脱5その他※医師の方県医師会入会日年　月　日 |
| １ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □医師□その他(　　　　　　) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日　喪失(予定) |
| ２ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □医師□その他(　　　　　　) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日　喪失(予定) |
| ３ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □医師□その他(　　　　　　) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日　喪失(予定) |
| ４ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □医師□その他(　　　　　　) |
| **第２種組合員（従業員）記入欄**　※従業員とその家族が加入する場合にご記入ください。 |
|  | 氏　　名 | 第2種組合員との続柄 | 性別 | 生年月日 | 住　　　所 | 加入前の健康保険等 | 資格取得年月日 |
| 個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ) | 職　　種 | 資格取得の理由 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日喪失(予定) | 採用・正職員・常勤になる日、家族の加入年月日など　年　　月　　日 |
| １ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □看護師　□事務　□その他(　　　　　　) | 1社保離脱　2生保廃止3出生　4後期離脱5その他(　　　　　　) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日喪失(予定) | 採用・正職員・常勤になる日、家族の加入年月日など　年　　月　　日 |
| ２ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □看護師　□事務　□その他(　　　　　　) | 1社保離脱　2生保廃止3出生　4後期離脱5その他(　　　　　　) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日喪失(予定) | 採用・正職員・常勤になる日、家族の加入年月日など　年　　月　　日 |
| ３ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □看護師　□事務　□その他(　　　　　　) | 1社保離脱　2生保廃止3出生　4後期離脱5その他(　　　　　　) |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |  | 男女 | 昭・平・令・　・ | 〒　　－ | □社保　□任意継続□国保　□その他(　　　　　　　　)①加入区分　本人　・　扶養②喪失状況　　年　　月　　日喪失(予定) | 採用・正職員・常勤になる日、家族の加入年月日など　年　　月　　日 |
| ４ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | □看護師　□事務　□その他(　　　　　　) | 1社保離脱　2生保廃止3出生　4後期離脱5その他(　　　　　　) |
| 上記のとおり届けます。　　　　　　年　　月　　日　事業所　　所在地　〒　　　－　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第１種組合員（事業主）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 | 社会保険労務士等の提出代理人記入欄 |
| 社会保険労務士・税理士・会計士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記資格の登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代理人住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）（　　　　）（　　　　） |
| 委任状私は上記の者を代理人と定め、個人番号を提供することを委任します。第１種組合員（事業主）氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

※加入要件や提出書類は別紙をご覧ください。

※裏面「家族の健康保険連絡票」をご確認のうえ、必要に応じてご記入ください。

**◆家族の健康保険連絡票**

**医師国保に加入しないご家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合、下記に記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| (氏) | (名) | □社保　□任意継続　□その他の国保組合　□後期高齢者医療制度□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

**◆就労証明書**

**事業主を除く常勤・非常勤の勤務医師、常勤の従業員の加入の場合、下記に記入してください。ただし、雇用契約書（写し）、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は記入不要です。**

|  |
| --- |
| ※勤務先の事業主に証明を受けてください。**就労証明書**※種別に☑してください。□常勤の勤務医師　□非常勤の勤務医師　□常勤の従業員（家族従業員を含む）加入者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　就労開始年月日　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日※従業員が非常勤から常勤になった場合はその常勤になった日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記の者が当事業所に就労し雇用していることを証明いたします。令和　　　年　　　月　　　日第１種組合員（事業主）氏名※勤務先事業主の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【問い合わせ先】　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）担当課／氏名　　　　　　　　　　／　　　　　　　　　　　　　　　　 |