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　　　　　　　　　　／ |