

# 国民健康保険被保険者 資格取得 届

記号番号	記号	番号	枝番	資格取得年月日 (第1種組員とその家族の加入年月日)	年	月	日
------	----	----	----	----------------------------	---	---	---

**第1種組員 (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。

フリガナ	氏名		第1種組員との続柄	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(マイナンバー)				職 種				
1				男	昭・平・令		〒 ー	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 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
				女	・				
					<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他				
マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未									
2				男	昭・平・令		〒 ー	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ①加入区分 本人・扶養 ②喪失状況 年 月 日 喪失(予定)	[ ]
				女	・				
					<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他				
マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未									
3				男	昭・平・令		〒 ー	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ①加入区分 本人・扶養 ②喪失状況 年 月 日 喪失(予定)	※医師の方 県医師会入会日 年 月 日
				女	・				
					<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他				
マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未									

**第2種組員 (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。

フリガナ	氏名		第2種組員との続柄	性別	生年月日		住 所	加入前の健康保険等	資格取得年月日	資格取得の理由
	個人番号(マイナンバー)				職 種					
1				男	昭・平・令		〒 ー	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 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	1 社保離脱 2 生保廃止 3 出生 4 後期離脱 5 その他
				女	・					
					<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他					
マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未										
2				男	昭・平・令		〒 ー	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 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	1 社保離脱 2 生保廃止 3 出生 4 後期離脱 5 その他
				女	・					
					<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他					
マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未										
3				男	昭・平・令		〒 ー	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 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	1 社保離脱 2 生保廃止 3 出生 4 後期離脱 5 その他
				女	・					
					<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他					
マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未										

上記のとおり届けます。 年 月 日 事業所 所在地 〒 ー 名 称 第1種組員(事業主) 氏 名 TEL ( ) ( ) ( ) FAX ( ) ( ) ( )	<p style="text-align: center;"><b>社会保険労務士等の提出代理人記入欄</b></p> 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 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、この届の申請を委任します。 第1種組員 (事業主) 氏名 印
--	--

栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿

※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」「就労証明書」をご確認のうえ、必要に応じてご記入ください。

※事業主との委託契約書の写しを添付、または事業主の自署 のいずれかの場合は押印不要

## ◆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)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_