

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種組合員とその家族の加入年月日)	令和 6年12月 2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
氏名 個人番号(マイナンバー) トチギ タロウ 栃木 太郎	本人	男	昭平・令 50・10・10	〒320-0065	<input checked="" 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 R6年12月 2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
1 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4	マイナンバーカードの保険証利用登録 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他			
氏名 個人番号(マイナンバー)	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	資格取得の理由
		男	昭平・令			※医師の方 県医師会入会日 R6年12月 2日
	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					

マイナンバーカードを持っていて保険証の利用登録を済ませている場合は「済」に☑してください。

住民票の住所をご記入ください。
※ご家族が加入する場合で、住民票を異動している学生等は、「異動先の住民票」と「国保法第116条(学生)該当届」も併せてご提出ください。

マイナンバーは正確に記入し「個人情報保護シール」などを貼ってご提出ください。

第2種組合員 (従業者) 記入欄 ※従業者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	資格取得の理由
氏名 個人番号(マイナンバー) ホケン マサコ 保険 正子	本人	男	昭平・令 3・3・3	〒320-0011	<input checked="" 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 R6年12月 2日 喪失(予定)	R 6年12月 2日	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
1 1 3 5 7 2 4 6 8 2 5 1 0	マイナンバーカードの保険証利用登録 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他				
氏名 個人番号(マイナンバー)	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	資格取得の理由
		男	昭平・令				
	マイナンバーカードの保						
		女					
	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		<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他				

採用・正職員・常勤などは「5 その他」に○を付けて理由を [] にご記入ください。
ご家族が社会保険を離脱して当組合に加入する場合は、社会保険の資格喪失年月日を資格取得年月日に記入し、「1 社保離脱」に○をつけてください

上記のとおり届けます。
令和 6年12月 2日

事業所
所在地 〒320-0065
宇都宮市駒生町 3000-1
名称 栃木クリニック

第1種組合員(事業主)
氏名 栃木 太郎

TEL (028) (622) (4378)
FAX (028) (625) (9703)

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
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種組合員(事業主) 氏名 印

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

※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。

◆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) 栃木	(名) 花子	<input checked="" 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) 栃木	(名) 次郎	<input checked="" 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) 栃木	(名) 洋三	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input checked="" 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 **保 險 正 子**

就労開始年月日 令和 **6**年**12**月**2**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 **6**年**12**月**2**日

第1種組合員(事業主)氏名 **栃 木 太 郎**

※勤務先事業主の氏名

【問い合わせ先】

TEL (**028**) (**622**) (**4378**)

担当課/氏名 **院 長 / 栃 木 太 郎**