

国民健康保険被保険者資格取得届

裏面の記入上の注意をよくお読みのうえご記入下さい。

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

(注意事項)

○この届には、世帯全員が記載された住民票(マイナンバー記載のもの)を必ず添付して下さい。その他必要な添付書類・記入上の注意については、裏面をご参照下さい。
 ○75歳以上の方(65〜74歳で障害認定を受け後期高齢者医療制度の被保険者となった方を含む)は、加入することはできません。

甲種組合員被保険者証記号・番号	記号	番号	取得区分	<input type="checkbox"/> 甲種組合員(医師会員) <input type="checkbox"/> 乙種組合員(従業員) <input type="checkbox"/> 家族の一部取得	資格取得年月日	平成 年 月 日	
開設または勤務する医療機関名称	福医	000	医療機関所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> TEL () -			
医療機関コード			事業所区分	<input type="checkbox"/> 個人事業所 <input type="checkbox"/> 常時従業員5人以上 <input type="checkbox"/> 常時従業員5人未満 <input type="checkbox"/> 法人事業所	開設者氏名		
組合員となる者の氏名		性別	生年月日	個人番号	続柄	職種	現住所
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日		本人		〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> TEL () -
家族となる者の氏名		性別	生年月日	個人番号	組合員との続柄	職業(職種)	資格取得の理由(従前の加入状況)
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日			有・無	注 社会保険離脱の場合は資格喪失証明書を必ず添付して下さい。 ① 社会保険離脱(平成 年 月 日喪失) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(本人・被扶養者) <input type="checkbox"/> 組合管掌保険(本人・被扶養者) <input type="checkbox"/> 各種共済組合(本人・被扶養者) ② 国民健康保険離脱(平成 年 月 日喪失) <input type="checkbox"/> 市町村国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(組合名: 国保組合) ③ その他 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> ()
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日			有・無	
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日			有・無	
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日			有・無	
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日			有・無	
被保険者証番号	フリガナ	男/女	昭和・平成 年 月 日			有・無	
上記のとおり必要書類を添えて届けます。							
平成 年 月 日 提出				〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> TEL () -			
福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿				甲種組合員 住 所 氏 名			
				印			

処理欄	受付	電算入力	被保険者証交付	納入告知書	異動整理簿

確認欄	住民票	雇用証明書	適用除外		喪失証明書
			承認申請書	承認証	

おもな記入上の注意点

記入箇所	注 意 点
甲種組合員 被保険者証 記号・番号	乙種組合員及び家族の一部取得の場合にご記入下さい。 甲種組合員が後期高齢者組合員の場合は、当組合発行の「後期高齢者組合員証」の記号・番号をご記入下さい。
取得区分	取得する方の該当するいずれかに○をつけて下さい。
資格取得年月日	取得日を指定する場合には、必ずご記入の上、その日までに届出書類が組合に到着するように送付して下さい。 <u>未記入の場合には、組合規約により届出書類を受理した日を資格取得年月日とします。</u> （組合規約第9条第2項：加入の申込をした者は、理事が申込を受理した日に組合員又は被保険者となる。） ただし、出生の場合は出生の日、健康保険の適用除外が承認された組合員は適用除外年月日を資格取得年月日とします。
医療機関名称 所在地 医療機関コード 事業所区分 開設者氏名	医療機関名称は正確にご記入下さい。（記入例：医療法人〇〇会 〇〇クリニック） 取得区分が甲種組合員で自宅会員や非常勤医師（大学院生など）の場合、及び家族の一部取得の場合は、医療機関名称・所在地・コード・事業所区分・開設者氏名は省略することができます。
職 種	医師免許をお持ちの方は、「医師」とご記入下さい。 乙種組合員の方は、「看護師」「准看護師」「事務員」等をご記入下さい。
職 業(職 種)	家族となる方は、職業の有・無のいずれかに○をつけ、有の場合は()内に職種をご記入下さい。
現 住 所	住民票の住所をご記入下さい。電話番号は、携帯電話も可。
資格取得の理由 (従前の加入状況)	直前に加入していた保険の種類について該当するいずれかに○をつけ、資格喪失年月日をご記入下さい。 なお、社会保険離脱の場合は、「資格喪失証明書」を必ず添付して下さい。
※	組合で記入しますので、記入しないで下さい。

- ・記入もれがないようにご注意ください。なお、本届に関して組合より問い合わせをする場合があります。
- ・記入についてご不明な点がございましたら、福岡県医師国民健康保険組合 (Tel 092-431-1987) までご連絡下さい。

添付書類について

取得区分	必要な書類等
甲種組合員 (医師)	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が記載された住民票^{*1} (<u>マイナンバー記載のもの</u>) ・身元確認書類 (医師資格証・運転免許証・旅券・個人番号カード表面 (顔写真つきのもの) などの写し) ・預金口座振替依頼書 ・資格喪失証明書 ・健康保険被保険者適用除外承認申請書^{*2} ・雇用並びに健康保険非適用証明書^{*3}
乙種組合員 (医師以外の従業員)	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が記載された住民票^{*1} (<u>マイナンバー記載のもの</u>) ・雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (事業主通知用) の写し ・資格喪失証明書 ・健康保険被保険者適用除外承認申請書^{*2}
家族の 一部取得	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が記載された住民票^{*1} (<u>マイナンバー記載のもの</u>) ・資格喪失証明書

※1 3か月以内に発行された続柄等全て記載のもの

※2 健康保険の適用除外承認を受けて当組合に加入している事業所に、新たに加入する組合員は、健康保険被保険者適用除外承認申請が必要となりますので、適用除外承認申請書にご記入の上、取得届等と一緒にご提出下さい。

※3 勤務医師として加入する場合は、本証明書が必要となることがあります。

個人情報の取扱いについて

本組合では関係法令及び個人情報保護に関するガイドラインを踏まえ、個人情報保護方針を制定し、個人の人格尊重の理念の下に個人情報を取り扱うこと並びに個人情報保護方針を厳正に遵守することを誓約いたします。

(1) 個人情報の収集・利用及び提供について

- ① 収集の原則
個人情報の収集は、目的を明確にし、事前に本人の同意を確認できる適切な方法で行います。
- ② 利用・提供の原則
個人情報の利用、提供は、法令の定めに基づき事前に明確にした目的の範囲内でのみ行います。
個人情報の中、特定個人情報については、法令の定める業務範囲の手続及び情報の範囲内で取り扱います。