

一人医師医療法人設立における 健康保険の取扱いについて

福岡県医師国民健康保険組合

〒812-0016

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

福岡県医師会館 3F

TEL 092-431-1987

FAX 092-412-5951

健康保険被保険者適用除外承認申請について

一人医師医療法人の認可を受けて法人事業所を設立した場合、法人事業所は協会けんぽの強制適用事業所となりますので、現在、本組合に加入されている被保険者についても協会けんぽの健康保険と厚生年金保険が適用となります。

しかしながら、健康保険法の規定により、国保組合被保険者で健康保険の被保険者となるべき方から健康保険の適用除外申請があった場合には、これを承認して差し支えないこととされています。

従って法人設立後も本組合に引き続き加入するには、健康保険の適用除外申請を必ず行っていただくこととなります。

適用除外申請を行うことができる方は、原則として、法人設立認可前に本組合の被保険者である方です。

【 留意事項 】

1. 市町村国保または被用者保険の任意継続に加入している方で、設立認可前に本組合に加入していなければ、適用除外申請をすることはできません。
2. 市町村国保または被用者保険の任意継続に加入している方が、健康保険に加入した後は、医師国保への加入はできません。
3. 従業員5人以上および任意適用の個人事業所で、本組合に加入の乙種組合員（従業員）が既に健康保険適用除外承認申請をして日本年金機構理事長の承認を受けている場合は、乙種組合員に関しては、再度の申請は不要です。
4. 健康保険被保険者適用除外承認申請書は、原則として設立認可時点で本組合に加入している事業所の甲種組合員（事業主）に送付いたします。

【健康保険被保険者適用除外承認申請手続き手順】

1. 個人事業所のとくに本組合に加入している医療機関に対し、法人認可後本組合より事業主宛に「健康保険被保険者適用除外承認申請書（2枚綴り）」を送付します。



2. 事業主は「健康保険被保険者適用除外承認申請書（2枚綴り）」に必要事項を記入の上、本組合へ送付してください。



3. 組合は審査後、加入証明欄（1枚目）に証明して、事業主へ返送します。



4. 事業主は「健康保険被保険者適用除外承認申請書（2枚綴り）」を「適用除外を受けようとする年月日」から14日以内に所轄の年金事務所（事務センター）へ提出し、健康保険被保険者適用除外の承認と厚生年金保険の適用を受けてください。

（注意：所轄の年金事務所（事務センター）では適用除外申請書のほかにも書類の提出が必要な場合がございますので、前もって年金事務所へご確認ください。）



5. 手続終了後、年金事務所（事務センター）より「健康保険被保険者適用除外承認証」が送付されますので、そのコピーを本組合へ提出してください。



6. 本組合は「健康保険被保険者適用除外承認証のコピー」を受取り、手続完了となります。

【 重 要 】

健康保険の適用除外申請における 承認の取扱いについて

～事実の発生から14日以内に申請を！～

医療法人化をしたときは、所轄の年金事務所に「健康保険適用除外承認申請」をして、承認を得なければ本組合へ加入することができません。

健康保険法施行規則に「被保険者の資格の取得に関する届出は当該事実があった日から5日以内に行うものとする」と規定されており、平成23年3月にその取扱いについて、厚生労働省より県を通じて周知徹底がありました。

この度、国保組合の被保険者の利便性等の観点から、また、平成28年4月1日以降、審査請求期間が60日から3月に延長されること等から、課長通知の一部が改正され「5日以内である場合」から「14日以内である場合」へ変更となりました。

つきましては、「健康保険適用除外承認申請」をされる場合は、14日以内に年金事務所への届出を行ってくださいますようお願いいたします。

なお、

- 1) 14日以内に届出ができなかった場合には、事業所において「理由書」を作成し、所轄の年金事務所へ提出することとなっています。
年金事務所において「やむを得ない理由である」と認められなかったときは、適用除外申請が承認されない場合があります。
- 2) 適用除外申請を行う場合、14日以内に申請を行うことが困難と思われる場合には可能な限り電話等により事前に所轄の年金事務所へ相談をして下さい。

様式コード
9 2 9 9

健康保険 国民組合
被保険者適用除外承認申請書
(国民健康保険組合被保険者)

見本

令和 年 月 日提出

提出者記入欄

事業所 管理番号		事業所 番号	
事業所 所在地	〒 - -		
事業所 名称			
事業主 氏名			
電話番号	()		

下記の者は、適用除外事由に該当することにより国民健康保険組合の事業運営上必要な者であることを証明します。
令和 年 月 日
国民健康保険組合理事長

受付印

※不明な場合は、年金事務所へご確認下さい。

① 被保険者 管理番号	② 氏名 (氏名)	③ 生 年 月 日	④ 種 別
⑤ 取 得 区 分	⑥ 厚 年	⑦ 適 用 除 外 年 月 日	1. 男 2. 女 3. 扶内員 4. 再就職 5. 異(基金) 6. 女(基金) 7. 扶内員 (基金)
⑧ 住 所			

① 被保険者 管理番号	② 氏名 (氏名)	③ 生 年 月 日	④ 種 別
⑤ 取 得 区 分	⑥ 厚 年	⑦ 適 用 除 外 年 月 日	1. 男 2. 女 3. 扶内員 4. 再就職 5. 異(基金) 6. 女(基金) 7. 扶内員 (基金)
⑧ 住 所			

健康保険の被保険者となるべき方を記入。
ただし、すでに適用除外申請をして年金事務センター長の承認を受けている場合は、再度の申請は不要。

自宅住所を記入

事業所所在地：医療機関所在地を記入
事業所名称：年金事務所へ届出・登録した(する)事業所名称(法人名)を記入
事業主氏名：「理事長 ●●●●●」と記入

① 被保険者 管理番号	② 氏名 (氏名)	③ 生 年 月 日	④ 種 別
⑤ 取 得 区 分	⑥ 厚 年	⑦ 適 用 除 外 年 月 日	1. 男 2. 女 3. 扶内員 4. 再就職 5. 異(基金) 6. 女(基金) 7. 扶内員 (基金)
⑧ 住 所			