

国民健康保険被保険者 資格取得届

記号	番号	取得区分	☐ 新規 ☐ 追加	※組合記入欄		資格取得日		年	月	日
				事由の発生日		令和	年	月	日	
	個人番号(マイナンバー)12ケタ			氏名		続柄	性別	生年月日		取得事由
医師組合員	マイナンバー			(フリガナ)		本人	男・女	昭・平・令 年 月 日		☐ 社会保険離脱 ☐ 市町村国保離脱 ☐ その他 ()
マイナンバーカード健康保険証利用登録 ☐ 登録あり(お知らせ交付) ☐ 登録なし(確認書交付) 解除(/)										
家族1	マイナンバー			(フリガナ)			男・女	昭・平・令 年 月 日		☐ 社会保険離脱 ☐ 市町村国保離脱 ☐ 出生 ☐ その他 ()
マイナンバーカード健康保険証利用登録 ☐ 登録あり(お知らせ交付) ☐ 登録なし(確認書交付) 解除(/)										
家族2	マイナンバー			(フリガナ)			男・女	昭・平・令 年 月 日		☐ 社会保険離脱 ☐ 市町村国保離脱 ☐ 出生 ☐ その他 ()
マイナンバーカード健康保険証利用登録 ☐ 登録あり(お知らせ交付) ☐ 登録なし(確認書交付) 解除(/)										
家族3	マイナンバー			(フリガナ)			男・女	昭・平・令 年 月 日		☐ 社会保険離脱 ☐ 市町村国保離脱 ☐ 出生 ☐ その他 ()
マイナンバーカード健康保険証利用登録 ☐ 登録あり(お知らせ交付) ☐ 登録なし(確認書交付) 解除(/)										
家族4	マイナンバー			(フリガナ)			男・女	昭・平・令 年 月 日		☐ 社会保険離脱 ☐ 市町村国保離脱 ☐ 出生 ☐ その他 ()
マイナンバーカード健康保険証利用登録 ☐ 登録あり(お知らせ交付) ☐ 登録なし(確認書交付) 解除(/)										
組合員の住所				〒 - 電話 - -						
医療機関の名称 事業所形態 ☐ 法人 ☐ 個人 書類送付先 ☐ 医療機関 ☐ 自宅				名称						
医療機関の住所 (上記住所と同一のときは記載不要)				所在地 〒 - 電話 - -						
組合員の届出署名欄 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます。 (記入日)令和 年 月 日 組合員氏名(自署) 富山県医師国民健康保険組合 理事長殿										
(追加のとき)組合員の個人番号										

個人番号の利用目的について
本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。
※組合記入欄は記入しないでください

※組合記入欄	常務理事	事務長	本人確認	交付 月 日	入力	保険料	確認	備考
				資格確認書 通 資格情報お知らせ 通		通知 月 日 賦課 月 調整 月		☐ 適用除外 区分: アイエオ I II

受付印

資格取得届の提出について

届出は事由の発生日から14日以内をお願いします。

新規加入のとき

<記載について>		医師の方は組合員欄、家族は家族欄に記入してください
記号番号	記入は不要です	
取得区分、事由の発生日	☐ 新規にチェックし、前勤務先の退職日や加入希望日などを記入してください	
個人番号(マイナンバー)	マイナンバーカードや通知カードに記載の12ケタの番号を記入してください	
氏名、続柄、性別、生年月日	氏名のフリガナは必ず記入してください 性別の表示について希望があるときは別途組合へお知らせください	
取得事由(従前の保険加入)	社会保険離脱… 協会けんぽ、健保組合、共済組合など その他… 他の国保組合、市区町村国保、海外など	
マイナンバーカード健康保険証利用登録	健康保険証利用登録の有無を☑をしてください	
【マイナンバーカードの有効期限について】顔写真面に記載されている有効期限または電子証明書(5年)の更新手続きをしていないときは、「登録なし」としてください 【健康保険証利用登録解除】登録後に解除申請をしているときは(解除)の欄に解除申請日を記入してください		
組合員、医療機関の住所	医療機関の法人・個人の別にチェックしてください 当組合から書類を送付するとき、受取を希望される宛先にチェックしてください 医療機関の住所・電話番号を記入してください	
組合員の届出署名欄	医師組合員氏名を自署してください	
<添付していただく書類> ☐ 医師組合員の運転免許証・旅券など、顔写真付きの書面 いずれか1つの写し ☐ 加入者全員のマイナンバーカード(おもてうら両面)、通知カード いずれか1つの写し ☐ 次ページの「加入前状態記入表」 ☐ (該当される方のみ) 健康保険被保険者適用除外承認申請書		
別途、「保険料納入承諾書」「口座振替依頼書(複写式)」の提出が必要です。用紙は組合に請求してください		

家族追加のとき

<記載について>		家族欄に記入、組合員欄は記入不要
記号番号	医師組合員の保険証カードやマイナポータルで確認できます。なるべくご記入ください	
取得区分、事由の発生日	☐ 追加にチェックし、前勤務先の退職日や加入希望日などを記入してください	
個人番号(マイナンバー)	マイナンバーカードや通知カードに記載の12ケタの番号を記入してください	
氏名、続柄、性別、生年月日	氏名のフリガナは必ず記入してください 性別の表示について希望があるときは別途組合へお知らせください	
取得事由(従前の保険加入)	社会保険離脱… 協会けんぽ、健保組合、共済組合など その他… 他の国保組合、市区町村国保、海外など	
マイナンバーカード健康保険証利用登録	健康保険証利用登録の有無を☑をしてください	
【マイナンバーカードの有効期限について】顔写真面に記載されている有効期限または電子証明書(5年)の更新手続きをしていないときは、「登録なし」としてください 【健康保険証利用登録解除】登録後に解除申請をしているときは(解除)の欄に解除申請日を記入してください		
組合員、医療機関の住所	組合員の住所欄のみ記入してください(医療機関名称・住所は記入不要)	
組合員の届出署名欄	医師組合員が氏名を自署し、医師組合員のマイナンバーを記入してください	
<添付していただく書類> ☐ 医師組合員の運転免許証・旅券など、顔写真付きの書面 いずれか1つの写し ☐ 加入者全員のマイナンバーカード(おもてうら両面)、通知カード いずれか1つの写し ☐ 次ページの「加入前状態記入表」 ☐ (該当される方のみ) 健康保険被保険者適用除外承認申請書		

<ご注意いただきたいこと>

厚生年金や国民年金の切り替えなどについては、お住いの市町村や社会保険労務士などにご確認ください。

《加入前の健康保険の状況について、記入・提出をお願いします》

※加入前の健康保険の資格確認書・資格情報のお知らせ・被保険者証のコピー（加入希望者全員分）や資格喪失証明書を添付されるときはこの表の提出は不要です

加 入 前 状 態 記 入 表	
社会保険に加入されていた方	市区町村国保等に加入されていた方
・勤務先名	・市区町村名
・退職日等 令和 年 月 日	転入年月日 令和 年 月 日
・保険者（加入していた保険）の名称	海外から転入された場合 ・国名
・保険者番号	記入内容について上記の勤務先または市区町村に照会させていただく場合があります。
・記号・番号	
・（追加加入のときのみ）本人・被扶養者の別 ☐ 本人 ☐ 被扶養者	
・備考 （今回加入される家族のうち、加入前の健康保険が上の欄と異なる場合などがあればご記入ください）	

939-8214

富山県富山市黒崎 3 3 番地

富山県医師国民健康保険組合 宛
届出書類 在中

←切り取って組合への送付に利用できます

富山県医師国民健康保険組合
TEL 076-429-7337 FAX 076-429-9600

6.11