国民健康保険被保険者 資格取得届

<u> </u>							1 L- ^	_			naja I.e.	>	※組合	·記入榻	II (swy)	資格取得	目	日 年 月						
記号			耆	番号 取			取得	取得区分 □新規 □追加 			事由の発生日			令和 年		月	日							
	(上 (下	段)	枝種	番2ケ 人番・	タ 号(·	マイナ	ンハ	·-)	12	シケタ			氏 名			続	柄	性別		生年月	目			事 由
組合員	枝番	番	0 1				T				(フリカ・ナ)	1				本	人		昭・平・令	年	月	目	□社会保険 □市町村国 □その他 (
_	枝番	番									(フリカ・ナ))							昭・平・令	年	月	日	□社会保険 □市町村国 □出生 □その他 (
-	枝番						(フリカ*ナ)							昭・平・令	年	月	日	□社会保険 □市町村国 □出生 □その他 (
家	枝番				(フリカ・ナ)								昭・平・令	年	月	日	□社会保険 □市町村国 □出生 □その他 (
	枝香	番									(フリカ゛ナ)	l							昭・平・令	年	月	日	□社会保険 □市町村国 □出生 □その他 (
	枝香	番									(フリカ゛ナ)	l							昭・平・令	年	月	日	□社会保険 □市町村国 □出生 □その他 (
	枝種	番									(フリカ゛ナ))							昭・平・令	年	月	日	□社会保険 □市町村国 □出生 □その他 (
医损	A 称																							
事							幾関			固人 自宅														
医猩	書類送付先 □ 医療機関 □ 自宅 医療機関の住所 (上記住所と同一のときは記載不要)																							
組合							類を	を添	ええ	.て雇	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 受付印 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 常務理事 事務長 本人確認 証交付 入力 保険料 確認 備考																								
														- 1	通知 月 賦課	月月								

月

月

調整

振込納付

資格取得届の提出について

届出は事由の発生日から14日以内にお願いします。(国保法規則第20条)

新規加入のとき

<u> </u>								
<記載について>	医師である組合員・家族の欄に	記入してください						
記号番号枝番	記入は不要です							
取得区分	口新規 にチェックしてください							
事由の発生日	前勤務先の退職日や加入希望の	日などを記入してください						
個人番号(マイナンバー)	氏名のフリガナは必ず記入して	ください						
氏名、フリガナ、続柄、	取得事由は従前の加入状況にき	チェックしてください						
生年月日、取得事由	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						
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						
	当方から保険証カードや書類を記	送付するとき、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						
	住民票と医療機関の住所が同	同一の場合は省略可						
組合員の届出署名欄	医師組合員氏名を自署してくだる	さい(押印不要です)						
※組合記入場け記載したい。	※組合記入燗(た記載) たいでください							

※組合記入欄は記載しないでください

<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(番号表示面)、通知カード いずれか1つの写し
- □ 従前に加入していた被保険者証のコピーまたは資格喪失証明書 加入者全員分 これらの添付が困難なときは、次ページの「加入前状態記入欄」に記入して提出してください
- □ (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						
記号番号枝番	医師組合員の保険証カードに記載の数字を記入してください						
取得区分	口追加 にチェックしてください						
事由の発生日	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)	氏名のフリガナは必ず記入してください						
氏名、フリガナ、続柄、	取得事由は従前の加入状況にチェックしてください						
生年月日、取得事由	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						
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・住所は記入不要です。						
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(押印不要です)						
	医師組合員の個人番号=マイナンバーを記入してください						
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\							

|※組合記入欄は記載しないでください

<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
- □ 追加加入者のマイナンバーカード(番号表示面)、通知カード いずれか1つの写し
- □ 従前に加入していた被保険者証のコピーまたは資格喪失証明書 追加加入者の分 これらの添付が困難なときは、次ページの「加入前状態記入欄」に記入して提出してください
- □ (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

く提出方法について>

個人情報保護のため、郵送されるときは<u>「特定記録」や「簡易書留」</u>扱いを推奨します 郵便局窓口で引受を記録するので、差出記録が残りインターネットで配達状況を確認できます

<その他ご注意いただきたいこと>

加入される方の年金の切り替えや加入などについては、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。

≪加入前の状態を証する書類がないとき≫

従前に加入していた被保険者証のコピーや資格喪失証明書がやむをえず提出できないときのみ、 以下に記入して取得届に添付してください

加入前状	
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
()	
・(追加加入のときのみ)本人・被扶養者の別	・(追加加入のときのみ)本人・家族の別
□ 本人 □ 被扶養者	□ 本人 □ 家族
 被扶養者がいる場合その名前	 家族がいる場合その名前
依扶食有がいる場合での右則 	
・退職日等	転入年月日
令和 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
	▶■名
·保険者番号	
·記号·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。

〒939-8214

富山県富山市黒崎33番地

富山県医師国民健康保険組合宛

←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

5.8

様式第1-1号 家族の追加のときは記入 国民健康保険被保険者 資格取得届 保険証カード上部の 前職の退職日など 漢字1文字と5ケタの数字 ※組合記入欄 年 資格取得日 月 日 記号 番号 取得区分 □新規 □追加 9 **3**年 9 1 9 事由の発生日 平成 • 令和 3月 31 日 (上段)枝番2ケタ 氏名 生年月日 続 柄 性別 取 得 事 由 (下段)個人番号(マイナンバー)12ケタ ☑社会保険離脱 枝番 0 1 (フリガナ)トヤマ タロウ 組 □市町村国保離脱 平 56年 **7**月 8目 □その他 合 本 人 男) 昌 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 富山 太郎 令 ✓社会保険離脱 枝番 (フリカ・ナ)トヤマ ハナコ □市町村国保離脱 60年 配偶者 9月 10日 女 亚 □出生 4 5 2 3 6 9 0 1 2 3 富山 花子 □その他 7 8 令 □社会保険離脱 枝番 (フリカ・ナ) 家族の追加のときは家族の行 □市町村国保離脱 だけ記入してください 月 日口出生 □その他 □社会保険離脱 昭 枝番 (フリカ・ナ) □市町村国保離脱 平 年 月 □出生 □その他 令 家 □社会保険離脱 昭 枝番 (フリカ・ナ) 族 □市町村国保離脱 亚 年 月 日口出生 □その他 令 □社会保険離脱 昭 枝番 (フリカ・ナ) □市町村国保離脱 平 年 月 日口出生 □その他 令 □社会保険離脱 □市町村国保離脱 昭 枝番 (フリカ・ナ) 亚 年 月 □出生 口その他 会 組合員の住所 000 - 0000 〇〇市〇〇〇 〇〇番地-〇 〇〇マンション 〇号室 電話 0000-000-0000 医療機関の名称 名 称 開業以外のときは、勤務先の医療機関、または非常勤・ 事業所形態 口法人 000クリニック ☑個人 パート・アルバイトなどの勤務状況を記入してください 書類送付先 ✓ 医療機関 □ 自宅 家族の追加加入のとき、医療機関名称・住所は記入不要 医療機関の住所 所在地 000-0000 (上記住所と同一のときは記載不要) 〇〇市〇〇〇 〇〇番地-〇 電話 0000-000-0000 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) 🕏 🍱 太郎 (印不要です) (追加のとき)組合員の個人番号 富山県医師国民健康保険組合 理事長殿 家族の追加加入のときのみ記入 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。

※組入記入爛

常務理事	事 務 長	本人確認	証交付	入力	保険料	ŀ	確認	備考
					通知 月	日		
					賦課	月		
					調整	月		
			月 日		振込納付	月		区分: アイウエオ Ⅰ Ⅱ

受付印