

※ 副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

組 被保険者資格取得届
(組合員世帯新規用)

※ 納付申出書	喪失証明書	住民票	適用除外	確認書	入力	保険証発送
添付なし	添付	添付	不備 TEL済	添付なし 封筒有	添付なし	不要
/	/	/	/	/	/	/

※	記号	番号
医国		

※ 印 のところは記入しないでください。

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

種別	フリガナ氏名	性別	生年月日	組合員との続柄	※ 資格取得年月日	資格取得事由番号	従前の加入状況			大阪府医師会入会年月日	
							種類	本人・家族	状況	平成	年月日
組合員		1 男	3 昭	本人	※ 4 平成		種類	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成	年月日
		2 女	4 平				保険者名		資格喪失・喪失予定(加入中)	平成	年月日
家		1 男	3 昭		※ 4 平成		種類	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成	年月日
		2 女	4 平				保険者名		資格喪失・喪失予定(加入中)	平成	年月日
族		1 男	3 昭		※ 4 平成		種類	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成	年月日
		2 女	4 平				保険者名		資格喪失・喪失予定(加入中)	平成	年月日
族		1 男	3 昭		※ 4 平成		種類	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成	年月日
		2 女	4 平				保険者名		資格喪失・喪失予定(加入中)	平成	年月日
族		1 男	3 昭		※ 4 平成		種類	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成	年月日
		2 女	4 平				保険者名		資格喪失・喪失予定(加入中)	平成	年月日

医療機関の社会保険適用状況
適用(記号)・未適用

この届に関する照会で、組合員に連絡が付きにくい場合、他に連絡先があれば記入してください。

TEL - -
備考

平成 年 月 日 上記のとおり念書及び必要書類を添えて届けます。

〒 所在地
医療機関 名称
TEL FAX
医療機関番号()

〒 住所
組合員(自宅) 氏名
TEL FAX

※ 口座 銀行 支店 普 名義
信組 支店 当

資格取得事由番号	
事由番号	事由名称
1	転入
3	社保喪失
5	他国保組合喪失
6	市町村国保喪失
8	出生
9	開業
10	就職(勤務医)
19	その他

念書

大阪府医師国民健康保険組合組合員資格取得の届出にあたり、下記条項を約諾いたします。

記

- 組合員及び准組合員に賦課される保険料は、組合員の責任において納入すること。
- 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者の資格得喪の届出、並びに附加給付の支給申請等はすべて組合員の責任において取扱うこと。
- 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者又は被保険者であった者に係る不当利得等返還金については、組合員又は組合員であった者若しくはその相続人が最終責任を負うものとする。
- 組合員・准組合員の資格喪失後の被保険者証・高齢受給者証の回収は組合員の責務とすること。
- 自己の開設・管理・勤務する医療機関における組合員・准組合員の世帯(本人及びその世帯に属する被保険者)の治療(院外処方せん発行を含む)については自家診療として請求しないこと。
- 被保険者は、国民健康保険法等の関係法令のほか、当組合の規約・規則・規程を遵守すること。

平成 年 月 日 以上

組合員氏名 印

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

郡市区等医師会經由印 印

※ 副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

組 被保険者資格取得届
(組合員世帯新規用)

※ 納付申出書 喪失証明書 住民票 適用除外 確認書 入力 保険証発送

記入例
組合員世帯が新規加入の場合

不要

※ 印 のところは記入しないでください。

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

種別	フリガナ		性別	生年月日	組合員との続柄	※ 資格取得年月日	資格取得事由番号	従前の加入状況			大阪府医師会入会年月日	
	氏名	氏名						種類	本人家族	状況	平成 〇〇年 〇月 〇日	開業年月日(勤務医は就職年月日)
組合員	国保	太郎	1男3昭 2女4平	33年3月3日	本人	※ 4平成	9	国保・共済(社保)その他 〇〇健康保険組合	本人 家族	平成 〇〇年 〇月 〇日	平成 〇〇年 〇月 〇日	〇〇年 〇月 〇日
家族	国保	松子	1男3昭 2女4平	35年5月5日	妻	※ 4平成	9	国保・共済(社保)その他 〇〇健康保険組合	本人 家族	平成 〇〇年 〇月 〇日	平成 〇〇年 〇月 〇日	(開業) 国保 一郎
	国保	竹夫	1男3昭 2女4平	56年6月6日	子	※ 4平成	9	国保・共済(社保)その他 〇〇健康保険組合	本人 家族	平成 〇〇年 〇月 〇日	平成 〇〇年 〇月 〇日	医療機関の社会保険適用状況 (適用) 記号南こあら) ・ 未適用
	国保	梅子	1男3昭 2女4平	60年10月5日	子	※ 4平成	9	国保・共済(社保)その他 〇〇健康保険組合	本人 家族	平成 〇〇年 〇月 〇日	平成 〇〇年 〇月 〇日	この届に関する照会で、組合員に連絡が付きにくい場合、他に連絡先があれば記入してください。 事務担当(妻・松子) TEL 06-6761-0596 自宅
						※ 4平成			本人 家族	平成 年 月 日	平成 年 月 日	備考

平成 〇〇年 〇月 〇日 上記のとおり念書及び必要書類を添えて届けます。

〒 543-0001
所在地 大阪市天王寺区上本町2丁目1-20
医療機関 名称 (医) 国保医院
TEL 06 (6761) 8096 FAX 06 (6761) 8096
医療機関番号 (17-0, 000, 0)

〒 542-0012
住所 大阪市中央区谷町7丁目1-401
組合員 (自宅) 氏名 国保 太郎 (国保印)
TEL 06 (6761) 0596 FAX 06 (6761) 0596

資格取得事由番号	
事由番号	事由名称
1	転入
3	社保喪失
5	他国保組合喪失
6	市町村国保喪失
8	出生
9	開業
10	就職(勤務医)
19	その他

念 書

大阪府医師国民健康保険組合組合員資格取得の届出にあたり、下記条項を約諾いたします。

- 組合員及び准組合員に賦課される保険料は、組合員の責任において納入すること。
- 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者の資格得喪の届出、並びに附加給付の支給申請等はすべて組合員の責任において取扱うこと。
- 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者又は被保険者であった者に係る不当利得等返還金については、組合員又は組合員であった者若しくはその相続人が最終責任を負うものとする。
- 組合員・准組合員の資格喪失後の被保険者証・高齢受給者証の回収は組合員の責務とすること。
- 自己の開設・管理・勤務する医療機関における組合員・准組合員の世帯(本人及びその世帯に属する被保険者)の治療(院外処方せん発行を含む)については自家診療として請求しないこと。
- 被保険者は、国民健康保険法等の関係法令のほか、当組合の規約・規則・規程を遵守すること。

平成 〇〇年 〇月 〇日

組合員氏名 国保 太郎 (国保印)

※ 口座 銀行 支店 普 信組 支店 當 名義

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

郡市区等医師会経由印

郡市区等医師会記載 (印)

- 開業・勤務等により加入する場合(大阪府医師会入会)には、資格取得届を事由が発生した日から14日以内にご提出ください。
- この届には所属郡市区等医師会の経由印が必要です。
- 70歳以上の方が加入する場合は、「高齢受給者証」の交付対象者となりますので、後日所得把握に必要な書類(住民税納税通知書等)を提出していただく事になります。(医師国保より依頼文を送付します。)
- 家族加入資格は、組合員と同一世帯に属している家族に限ります。

< 添付書類 >

- 世帯全員の住民票(住民票謄本)
 - ・ 家族加入や組合員単独加入にかかわらず、すべて添付が必要。
 - 《【注】世帯全員が記載されている住民票を添付》
- 「国民健康保険料振替納付申出書」
 - ・ 申出書に基づき保険料を口座より引落。
 - ・ 保険料は組合員単位で自動振替。
 - (詳しくは「保険料の納付について」を参照)
- 『健康保険被保険者適用除外承認申請書』
 - ・ 厚生年金適用事業所に勤務で、常勤の場合は添付。
- 『「健康保険被保険者適用除外承認申請書」不要理由書』(様式S-3)
 - ・ 厚生年金適用事業所に勤務で、非常勤の場合は添付。
- 大学医師会より加入の方は、別紙、所定の『念書』(3部複写)を添付。
- 世帯における保険の加入状況 確認書 (S-14)
- 個人番号届出書 (S-15) および 添付書類

資格取得日について

取得日は医師国保組合規約取扱規則第4条に基づき決定します。

★記入方法

- 氏名 … 組合員及び加入する家族の氏名・フリガナ
- 性別・生年月日 … 組合員及び加入する家族の男女の別・生年月日
- 組合員との続柄 … 組合員から見た続柄
- 資格取得年月日 … ※記入不要
- 資格取得事由番号 … 資格取得事由番号の中から、該当する番号を選び記入
- 従前の加入状況(当組合に加入するまで加入していた公的保険について)
 - ・ 保険者名・種類 … 該当する保険の種類を○で囲む
 - ・ 記号番号 … 加入していた保険の記号番号
 - ・ 本人・家族 … 加入していた保険の本人加入・家族(扶養)加入の別
 - ・ 状況 … 加入していた保険の資格喪失日もしくは、喪失予定日を記入
- 大阪府医師会入会年月日
 - … 大阪府医師会に入会した日
- 開業年月日 … 開業日もしくは開業予定日(勤務医の方は就職年月日)
- 医院の管理医師氏名 … 医院の管理医師氏名
- 医療機関の
社会保険適用状況 … 社会保険(厚生年金)適用事業所の場合は適用を○で囲んだ上、事業所記号を記入
厚生年金の適用を受けていない事業所の場合は、未適用を○で囲む
- 他の連絡先 … 診療中・休診日等で組合員に連絡がつきにくい場合、他への連絡(携帯・事務担当者等)を希望されるときは記入
- 医療機関 … 開業もしくは勤務されている医療機関の所在地・名称・TEL・FAX
- 組合員 … 組合員の住所(住民票の住所)・氏名・TEL・FAX記入の上、捺印
- 口座 … ※記入しないでください
- 念書 … 届出にあたり、内容を熟読の上、日付記入・署名・捺印