

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	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)

※	発送	不要・ / (確認書 枚 お知らせ 枚)	(様式S-1)					
	個人番号	納付申出	喪失証明	住民票	適用除外	S14	本人確認	入 力
	添なし 付し	添なし 付し	添付	添付	不備 TEL済	添なし 封筒有	添なし 付し	
	/	/	/	/	/	/	/	/

※	記号	番号
	医国	0

※ 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	マイナ保険証 利用登録	※ 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	
								保 険 者 名	本人家族 状 況	年 月 日		
組合員		1 男	3 昭	本人	有・無	※ 4 平成・5 令和		種類	国保・共済・社保・その他	平成・令和	年 月 日	年 月 日
		2 女	5 令					保険者名	本人・家族	資格喪失・喪失予定(加入中)	年 月 日	開業年月日(勤務医は就職年月日)
家		1 男	3 昭		有・無	※ 4 平成・5 令和		種類	国保・共済・社保・その他	平成・令和	年 月 日	年 月 日
		2 女	5 令					保険者名	本人・家族	資格喪失・喪失予定(加入中)	年 月 日	(開業)医院の管理医師氏名
族		1 男	3 昭		有・無	※ 4 平成・5 令和		種類	国保・共済・社保・その他	平成・令和	年 月 日	医療機関の社会保険適用状況
		2 女	5 令					保険者名	本人・家族	資格喪失・喪失予定(加入中)	年 月 日	適用(記号)) ・未適用
族		1 男	3 昭		有・無	※ 4 平成・5 令和		種類	国保・共済・社保・その他	平成・令和	年 月 日	届に関する照会で、組合員に連絡が つきにくい等、ご希望する連絡先がある 場合は送付状等に記載せずに、必ず こちらへご記入してください。
		2 女	5 令					保険者名	本人・家族	資格喪失・喪失予定(加入中)	年 月 日	TEL - -
族		1 男	3 昭		有・無	※ 4 平成・5 令和		種類	国保・共済・社保・その他	平成・令和	年 月 日	備 考
		2 女	5 令					保険者名	本人・家族	資格喪失・喪失予定(加入中)	年 月 日	

令和 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 信組 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。

- 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資格確認書・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。

以上

令和 年 月 日

組合員氏名 印

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

郡市区等医師会経由印

印

※ 副理事長	担当理事	事務局長	次長	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)

記入例
組合員世帯が新規加入の場合

* マイナンバーカードの
 保険証利用登録状況
 を記入してください

※ 印のところは記入しないでください。記入不要です

「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	マイナ保険証利用登録	※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
組合員	太郎	男	昭和33年3月3日	本人	有・無	※4平成・5令和	9	種類 国保・共済(社保)・その他 保険者名 〇〇健康保険組合 記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇	平成〇〇年〇月〇日 本人家族 資格喪失・喪失予定(加入中)
家族	松子	女	昭和36年5月7日	妻	有・無	※4平成・5令和	9	種類 国保・共済(社保)・その他 保険者名 〇〇健康保険組合 記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇	平成〇〇年〇月〇日 本人家族 資格喪失・喪失予定(加入中)
家族	竹夫	男	昭和48年1月7日	子	有・無	※4平成・5令和	9	種類 国保・共済(社保)・その他 保険者名 〇〇健康保険組合 記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇	平成〇〇年〇月〇日 本人家族 資格喪失・喪失予定(加入中)
家族	梅子	女	昭和45年9月1日	子	有・無	※4平成・5令和	9	種類 国保・共済(社保)・その他 保険者名 〇〇健康保険組合 記号番号 〇〇〇-〇〇〇〇	平成〇〇年〇月〇日 本人家族 資格喪失・喪失予定(加入中)
家族		男	昭和〇〇年〇月〇日		有・無	※4平成・5令和		種類 国保・共済(社保)・その他 保険者名 記号番号	平成〇〇年〇月〇日 本人 〇〇年〇月〇日

令和〇〇年〇月〇日 上記のとおり念書及び必要書類を添えて届けます。

〒542-0062
 所在地 大阪市中央区上本町西3丁目1-7
 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
 組合員住所 大阪市中央区谷町7丁目1-401
 (自宅)氏名 国保 太郎
 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

大阪府医師国民健康保険...
 1. 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。
 1. 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。
 1. 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。
 1. 組合員・准組合員の資格喪失後の資格確認書・高齢受給者証の回収は組合員の責務とすること。
 1. 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。
 1. 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。
 以上
 令和〇〇年〇月〇日
 組合員氏名 国保 太郎

記入不要です

※ 口座 銀行 支店 普 信義 名義 信組 当

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

- 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、マイナンバーによる所得情報照会事務を実施し、所得判定を行います。
- 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)
- 個人番号カード(両面)または個人番号通知カードのコピーと本人確認書類(※)(運転免許証、パスポート等の顔写真証明書の写し)
(※)マイナンバー提出時には、なりすましを防止するため、厳格な本人確認をすることが個人番号法により定められています。

★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
- マイナ保険証利用登録 … 個人ごとのマイナンバーカードの保険証利用登録状況を○で囲む
- 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
- その他連絡先 … 診療中・休診日等で組合員に連絡がつきにくい等、ご希望される連絡先(携帯電話・事務担当者や事務委託先等)がある場合は記入
お願い) ご希望連絡先は送付状等に記載せず、必ずこちらの欄へ記入してください。
- 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
- 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

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。