

発送 不要・ / (確認書 枚 お知らせ 枚)

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

准 被保険者資格取得届
(准組合員世帯新規用)

※	個人番号	喪失証明	住民票	適用除外	S14	入 力
	添付なし	添付	添付	不備 TEL済	添付なし 封筒有	添付なし
	/	/	/	/	/	/

※	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	准組合員との続柄	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			職 種
								種類	本人家族	状況	
准組合員		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	就 職 年 月 日
		4 平	年 月 日					本人・家族	年 月 日		
		2 女	5 令					保険者名		資格喪失・喪失予定(加入中)	年 月 日
								記号番号			
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	医療機関の社会保険適用状況
		4 平	年 月 日					本人・家族	年 月 日	資格喪失・喪失予定(加入中)	
		2 女	5 令					保険者名			適用(記号)・未適用
								記号番号			この届に関する照会で、組合員に連絡が つきにくい場合、他に連絡先があれば記 入してください。
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	TEL - -
		4 平	年 月 日					本人・家族	年 月 日	資格喪失・喪失予定(加入中)	
		2 女	5 令					保険者名			
								記号番号			
		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	
		4 平	年 月 日					本人・家族	年 月 日	資格喪失・喪失予定(加入中)	
		2 女	5 令					保険者名			
								記号番号			

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
組合員 氏 名
〒 住所
准組合員 氏 名

組 医国 -

資格取得事由番号	
事由番号	事由名称
1	転入
3	社保喪失
4	生活保護廃止
5	他国保組合喪失
6	市町村国保喪失
8	出生
10	就職
19	その他

念 書

大阪府医師国民健康保険組合准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。

- 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。
- 准組合員及びその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。
- 准組合員及びその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。
- 准組合員の資格喪失後の被保険者証・資格確認書・高齢受給者証の回収は組合員の責務とする。
- 准組合員の勤務する医療機関における本人及び家族(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。

令和 年 月 日

組合員氏名 ㊟

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

㊟

※ 副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

* 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

准 被保険者資格取得届

(准組合員世帯新規用)

個人番号	喪失証明	住民票	適用除外	S14	入 力
添付なし	添付	添付	不備 TEL済	添付なし 封筒有	添付なし
/	/	/	/	/	/

記号	番号
医国 9909999	999

※ 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	准組合員との続柄	マイナンバー 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		職 種
	氏名	氏名							保 険 者 名	本人家族状況	
准組合員	関西	カズオ	1(男)	3 昭 4(平) 2年3月3日	本人	有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日	10	種類 国保・共済(社保)その他 保険者名 〇〇社会保険事務局 記号番号 〇〇〇〇-52	本人 家族 平成・令和 〇〇年11月1日	看護師
家 族	関西	ハナコ	1(男)	3 昭 4(平) 4年5月7日	妻	有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日	10	種類 国保・共済(社保)その他 保険者名 〇〇社会保険事務局 記号番号 〇〇〇〇-52	本人 家族 平成・令和 〇〇年11月1日	〇〇年11月1日
			2(女)	5 令		有・無	年 月 日		種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 記号番号	本人 家族 平成・令和 年 月 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
			1(男)	3 昭 4 平 年 月 日		有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日		種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 記号番号	本人 家族 平成・令和 年 月 日	この届に関する照会で、組合員に連絡が つきにくい場合、他に連絡先があれば記 入してください。
			2(女)	5 令		有・無	年 月 日		種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 記号番号	本人 家族 平成・令和 年 月 日	事務担当(国保松子) TEL 06-6761-0596 組合員自宅 TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇

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
組合員 氏名 国保 一郎
〒540-0123
准組合員 住所 〇〇市△△町5-5-5
氏名 関西 一雄

資格取得事由番号	
事由番号	事由名称
1	転入
3	社保喪失
4	生活保護 廃止
5	他国保 組合喪失
6	市町村 国保喪失
8	出生
10	就職
19	その他

念 書

大阪府医師国民健康保険組合准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。

- 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。
- 准組合員及びその世帯に属する被保険者の資格喪失の届出、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。
- 准組合員及びその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。
- 准組合員の資格喪失後の被保険者証・資格確認書・高齢受給者証の回収は組合員の責務とする。
- 准組合員の勤務する医療機関における本人及び家族(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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

組合員氏名 国保 一郎 (印)

- 就職等により加入する場合には、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、准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)
 - ・ 家族加入や准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》
- 『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。
 - ・ 個人事業所勤務で常時勤務する従業員が、5人以上となる場合は添付。
- 『「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。
- 『個人事業所「強制適用事業所非該当」理由書』(様式 S-3-1)
 - ・ 非常勤を含む従業員数は5人以上となるが、常時勤務する従業員(社会保険加入対象者・常勤)は4人以下である場合。
- 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)

資格取得日について

取得日は医師国保組規約取扱規則第4条に基づき決定します。

★記入方法

- 氏名 …… 准組合員及び加入する家族の氏名・フリガナ
- 性別・生年月日 …… 准組合員及び加入する家族の男女の別・生年月日
- 准組合員との続柄 …… 准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
(生活保護を受けている場合は、医師国保には加入できません)
- 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
- 職種 …… 職種(看護師・受付事務・理学療法士など)を記載
- 就職年月日 …… 就職年月日
- 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
- 医療機関・組合員 …… 勤務する医療機関の所在地・名称・TEL・FAX・組合員氏名
- 准組合員 …… 准組合員の住所(住民票の住所)・氏名
- 念書 …… 届出にあたり、内容を熟読の上、日付記入と組合員の署名・捺印