

常務理事	事務長	次長	係	交付日

## 国民健康保険被保険者資格取得届

(准組合員用)

※太枠内は必ず記入してください。裏面も記入欄あり

記号番号	9	資格取得年月日	令和 年 月 日
加入区分	新規・追加	雇用年月日	令和 年 月 日
医療機関	区分	法人・個人(厚生年金:適用・非適用)	※資格取得年月日と雇用年月日が異なる場合はその理由に☑ <input type="checkbox"/> 勤務時間等の増加 <input type="checkbox"/> 市町村国保からの切替 <input type="checkbox"/> その他( )
	名称		
	所在地	〒	電話番号

1	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	性別 男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	年齢	続柄	職種
	マイナンバー (個人番号)		マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)				
			加入前の 健康保険等		<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他( )				

2	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	性別 男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	年齢	続柄	職種
	マイナンバー (個人番号)		マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)				
			加入前の 健康保険等		<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他( )				

3	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	性別 男・女	生年月日	昭平令	年 月 日	年齢	続柄	職種
	マイナンバー (個人番号)		マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)				
			加入前の 健康保険等		<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他( )				

准組合員住所 (住民票記載の住所)	〒	
准組合員氏名	電話番号	- -

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 年 月 日

住所  
正組合員 氏名

マイナンバー  
(個人番号)

--	--	--	--	--	--	--	--

静岡県医師国民健康保険組合理事長 様

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)	氏名 (事務所名)	担当者
-----------------------	--------------	-----

適用除外 送付先	医院・社労士(要返信用封筒)	※組合記入欄	確認書等 送付日	適用除外 承認証確認
-------------	----------------	--------	-------------	---------------

添付書類は裏面参照。記入方法は別紙参照。

※裏面へ →

※当組合システムの都合上、オンライン資格確認等システムへのデータ登録ができない期間(毎月下旬頃)があります。  
この間に処理をしたマイナ保険証を有する方には、暫定的な取扱いとして翌月末日まで有効な「資格確認書」を交付します。  
データ登録が完了しましたら、有効期限到達前までに改めて「資格情報のお知らせ」を交付します。



## ＜ 記 入 方 法 ＞

記号番号	准組合員（家族を含む）が新規加入する場合→記入不要（当組合にて決定します） 准組合員家族が追加加入する場合→准組合員の記号番号を記入
資格取得年月日	加入する日を記入 本人：社会保険の加入要件に該当する日 家族：准組合員と同じ世帯に属した方が加入する日
雇用年月日	准組合員が医療機関に雇用された日を記入（家族の追加時は不要）
資格取得年月日と雇用日が異なる場合	いずれかの理由に☑
加入区分	准組合員（家族を含む）が新規加入する場合→新規 准組合員家族が追加加入する場合→追加 どちらかを○で囲む
医療機関	准組合員が勤務している医療機関の区分、名称、所在地、電話番号を記入
資格取得者の欄	加入する方の氏名、フリガナ、性別、生年月日、年齢を記入
続 柄	准組合員から見た続柄を記入（例：本人、妻、子 等）
職 種	職種を記入（例：看護師、事務 等）
マイナンバーカードの保険証利用登録の有無	健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード（マイナ保険証）の有無に☑ 有の場合は「資格情報のお知らせ」、無の場合は「資格確認書」を交付します ※マイナ保険証の利用登録は、マイナポータルログイン後、トップ画面で確認できます
加入前の健康保険	組合に加入する前の健康保険に☑
マイナンバー（個人番号）	12桁のマイナンバーを記入
准組合員住所	准組合員世帯の自宅住所（住民票上の住所）を記入  准組合員家族は、 <b>准組合員と住民票が異なる場合は加入できません</b> ※ただし、学生等の理由により准組合員と住所が異なる場合は、別途届出（学生…116条該当届）により、特例で加入できます
准組合員氏名	准組合員の氏名、電話番号を記入
申請者の欄	この書類を記入した日、正組合員の住所、氏名、マイナンバーを記入
提出代行者記入欄	提出を代行した社会保険労務士の氏名（事務所名）、担当者名を記入

常務理事	事務長	次長

従業員とそのご家族の加入は  
こちらの用紙に記入してください。  
(勤務医は「正組合員用」に記入)

加入する日をご記入ください。  
通常、雇用年月日と同一になります。  
異なる場合は、理由欄に☑してください。

## 国民健康保険被保険者資格取得届

(准組合員用)

※太枠内は必ず記入してください。  
裏面も記入欄あり

記号番号		9		資格取得年月日		令和 6 年 12 月 1 日							
加入区分		新規・追加		雇用年月日		令和 6 年 11 月 20 日							
医療機関	区分	法人・個人 (厚生年金: 適用 非適用)		※資格取得年月日と雇用年月日が異なる場合はその理由に☑		☑勤務時間等の増加 □市町村国保からの切替 □その他 ( )							
	名称	〇〇医院		電話番号		054-xxxx-xxxx							
	所在地	〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 1-1											
1 氏名	(フリガナ)	クミアイ ハナコ		性別	男・女	生年月日	昭平令 40年 6月 3日	年齢	59	続柄	本人	職種	看護師
	(氏)	組合 花子		マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無		☑有 (資格情報のお知らせ) □無 (資格確認書)							
マイナンバー (個人番号)	7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 7 6		加入前の 健康保険等		□市町村国保 □国保組合 □出生 □その他 ( )		☑社会保険 □任意継続						
2 氏名	(フリガナ)	クミアイ タロウ		性別	男・女	生年月日	昭平令 16年 7月 5日	年齢	20	続柄	子	職種	学生
	(氏)	組合 太郎		マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無		☑有 (資格情報のお知らせ) □無 (資格確認書)		学生で、組合員本人と住所が異なる場合、別途届出が必要です。					
マイナンバー (個人番号)	5 4 3 2 1 0 9 8 7 6 5 4		加入前の 健康保険等		□市町村国保 □国保組合 □出生 □その他 ( )		□社会保険 □任意継続						
3 氏名	(フリガナ)			性別	男・女	生年月日	昭平令 年 月 日	年齢		続柄		職種	
	(氏)			マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無		□有 (資格情報のお知らせ) □無 (資格確認書)							
マイナンバー (個人番号)			加入前の 健康保険等		□市町村国保 □国保組合 □出生 □その他 ( )		□社会保険 □任意継続						
准組合員住所 (住民票記載の住所)		〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 3-13		准組合員氏名		組合 花子		電話番号		054-xxxx-△△△△			
上記のとおり必要書類を添えて届出します。													
令和 6 年 12 月 3 日		〒420-xxxx		住所		△△市〇〇区△△町 1-1		マイナンバー (個人番号)		3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
正組合員 氏名		国保太郎		届出者は正組合員の 医師になります									
静岡県医師国民健康保険組合理事長 様													
提出代行者記入欄 (社会保険労務士)		氏名 (事務所名)		担当者									
適用除外 送付先	医院・社労士 (要返信用封筒)		※組合記入欄		確認書等 送付日		適用除外 承認証確認						

添付書類は裏面参照。記入方法は別紙参照。

※ 裏面へ →

※当組合システムの都合上、オンライン資格確認等システムへのデータ登録ができない期間 (毎月下旬頃) があります。  
この間に処理をしたマイナ保険証を有する方には、暫定的な取扱いとして翌月末日まで有効な「資格確認書」を交付します。  
データ登録が完了しましたら、有効期限到達前までに改めて「資格情報のお知らせ」を交付します。