

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

(正組合員用)

※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			
静岡県医師会 入会日又は異動日	令和 年 月 日			静岡県医師会・会員区分	A会員 ・ B会員			
正組合員の形態	開業医・勤務医(常勤・非常勤)			所属の郡市医師会名	医師会			
医療機関	名称				区分	法人・個人		
	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	職業
	マイナンバー (個人番号)	加入前の健康保険等			<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)			
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	職業
	マイナンバー (個人番号)	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	職業
	マイナンバー (個人番号)	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()			
正組合員住所 (住民票記載の住所)		〒			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								
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
-----------------------	--------------	-----

※組合記入欄	確認書等 送付先	医院・自宅	適用除外 送付先	医院・社労士	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	正組合員（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） 正組合員家族が追加加入する場合→正組合員の記号番号を記入
資格取得年月日	当組合へ加入する日を記入
静岡県医師会入会日 又は異動日	正組合員が静岡県医師会に入会した日または現在の会員区分に異動した日を記入
静岡県医師会・会員区分	正組合員の静岡県医師会・会員区分を○で囲む
正組合員の形態	開業医・勤務医（常勤・非常勤）いずれかを○で囲む
所属の郡市医師会名	所属の郡市医師会名を記入（例：静岡市静岡医師会 等）
医療機関	正組合員が開業（勤務）している医療機関の名称、所在地、電話番号を記入
区 分	法人・個人のいずれかを○で囲む
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	正組合員から見た続柄を記入（例：本人、妻、子 等）
職 業	職業を記入（例：医師、なし、学生 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
加入前の健康保険等	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
正組合員住所	正組合員世帯の自宅住所（住民票上の住所）、電話番号を記入 正組合員家族は、 正組合員と住民票が異なる場合は加入できません ※ただし、学生等の理由により正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
申請者の欄	この書類を記入した日、正組合員の氏名、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	医師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。	加入する日をご記入ください。
------	-----	----	----------------------------------	----------------

国民健康保険被保険者資格取得届

(正組合員用)

※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	
静岡県医師会 入会日又は異動日	令和6年12月1日	静岡県医師会・会員区分	A会員・B会員	
正組合員の形態	開業医・勤務医(常勤・非常勤)	所属の郡市医師会名	静岡市静岡 医師会	
医療機関	名称	〇〇医院	区分	法人・個人
	所在地	〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 1-1	電話番号	054-xxx-xxxx

1 氏名	(フリガナ) コクホ	タロウ	性別	男	生年月日	昭和39年5月3日	年齢	60	続柄	本人	職業	医師		
	(氏) 国保	太郎	性	男	年	月	日	年齢	続柄	本人	職業	医師		
マイナンバー (個人番号)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	加入前の健康保険等	<input checked="" type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
														<input checked="" 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) コクホ	ハナコ	性別	女	生年月日	昭和41年6月5日	年齢	58	続柄	妻	職業	なし		
	(氏) 国保	花子	性	女	年	月	日	年齢	続柄	妻	職業	なし		
マイナンバー (個人番号)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	加入前の健康保険等	<input checked="" type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
														<input checked="" 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)	(名)	性別	男・女	生年月日	年	月	日	年齢	続柄	職業		
	(氏)	(名)	性	男・女	年	月	日	年齢	続柄	職業			
マイナンバー (個人番号)												加入前の健康保険等	<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無(資格確認書)
													<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()

正組合員住所 (住民票記載の住所)	〒420-xxxx △△市〇〇区××町 5-5	電話番号	054-xxx-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

正組合員
氏名 国保太郎

マイナンバー
(個人番号)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

静岡県医師国民健康保険組合理事長

届出者は正組合員の
医師になります。

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

※組合記入欄	確認書等 送付先	医院・自宅	適用除外 送付先	医院・社労士	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。