

国民健康保険被保険者資格取得届記入例

第二種組合員世帯用
(従業員)

※裏面あり

国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者証 記号番号	1 31- 012345767	加入希望日	<input type="checkbox"/> 決裁日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28年 2月 1日
---------------	------------------------	-------	--

組合員(従業員)	氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得理由※
	(フリガナ) コクホ マモル	男	昭・平 45・6・7	本人	1. 2. 3. 4. 5. 6. ()
	国保 守	女	マイナンバー 3333333333333333		
住所	〒 231-0063 横浜市西区花咲町4丁目104番地 電話 045 (231) 2675			職種	医師 看護師 事務員 その他 ()

1 第一種組合員の番号をご記入下さい。家族のみ加入の場合は、第二種組合員の被保険者証番号をご記入下さい。

2 希望日がある場合は、10日前までにご提出下さい。(家族は、以前の保険の離脱証明書を添付していただくまで加入できません。)
◎法人事業所、任意包括事業所の従業員は、健康保険適用除外を受けようとする日が医師国保の加入日となります。

3 記載日をご記入下さい。

加入される方および、第一種組合員のマイナンバーを必ずご記入下さい。

家族	氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得理由※
	(フリガナ) コクホ ハナコ	男	昭・平 7・8・9	長女	1. 2. 3. 4. 5. 6. ()
	国保 花子	女	マイナンバー 3333333311111111		
	(フリガナ)	男	昭・平		1. 2. 3. 4. 5. 6. ()
		女	マイナンバー		
	(フリガナ)	男	昭・平		1. 2. 3. 4. 5. 6. ()
		女	マイナンバー		
	(フリガナ)	男	昭・平		1. 2. 3. 4. 5. 6. ()
		女	マイナンバー		

マイナンバーを必ずご記入ください。

裏面事項を承認のうえ、上記のとおり届けます。

3 平成 28年 1月 1日

第一種組合員 〒 231-0037

診療所住所 神奈川県 横浜市 中区 富士見町3-1

診療所名称 神奈川県医師国保クリニック

氏名 医師 太郎 **医師** マイナンバー 0000000000000000

電話 045 (231) 2685

マイナンバーを必ずご記入ください。

神奈川県医師国民健康保険組合 理事長 殿

【注】 ①第二種組合員の加入は第一種組合員の保険証番号を記入して下さい。
 ②資格取得希望者の世帯全員の住民票(省略なし・三ヶ月以内のもの)を添付して下さい。
 ③法人事業所で第二種組合員の追加加入は、適用除外承認申請書を添付して下さい。
 ④同一世帯の方全員で加入して下さい。(社会保険に加入している家族は除きます。)

受付日付印

決裁	常務理事	事務長	次長	課長	係長・主任	係	収入原簿	異動整理簿	被保険者台帳	被保険者証交付
平成 年 月 日 決定										

第二種組合員の勤務状況

(家族の加入および健康保険被保険者適用除外申請をされる方は、記入の必要はありません。)

採用年月日	平成 28年 1月 1日
勤務形態※	ア. 常勤 イ. 非常勤 (目安として1ヶ月あるいは1日の勤務日数、勤務時間がおおむね3/4以上)
上記がイ.の場合	1ヶ月の勤務日数 日間 1日の勤務時間 時間
賃金 (基本的な支給額)	月額 150,000 円
備考	

※ ア.イ.どちらにもあてはまらない場合は加入することができませんのでご了承下さい。

誓 約 書

神奈川県医師国民健康保険組合を「甲」とし、
第一種組合員 医師 太郎 を「乙」とし、
第二種組合員の資格取得申請に当り下記条項を約諾します。

記

- 乙の申請する被保険者
(以下「丙」と云う)の保険料は神奈川県医師国民健康保険組規約第17条により乙が納入すること。
- 丙の資格喪失後の被保険者証の回収は乙の責務とすること。
- 丙の属する一部負担金の最終責任及び丙が被保険者証の不正行使にもとづく返還金の納付義務は乙に帰属するものであること。
- 丙の勤務する医療機関における医療費は、甲に請求しないこと。

※ 自家診療は給付いたしません。
※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 平成 年 月 日			
受任者 住所	横浜市中区富士見町300-100	委任者 住所	横浜市中区富士見町3-1
(代理人) 氏名	神奈川 一郎	(第一種組合員) 氏名	医師 太郎

代理申請の場合は、委任欄へ記入、捺印をお願いします。