

国民健康保険被保険者資格取得届（正組合員新規加入用）

※必ず申請書の項目はすべてご記入ください。（記入方法は裏面参照）

個人番号 (マイナンバー)											
マイナ保険証 登録状況		有 ・ 無				加入希望日		令和 年 月 日			
就業形態		開業医 ・ 勤務医（常勤・非常勤）				事業所形態		個人事業所 ・ 法人事業所			
所属地区 医師会名						医師会入会日		年 月 日			
氏 名		性 別		生 年 月 日				以前に加入の保険			
フリガナ		男 ・ 女		昭和 ・ 平成 ・ 令和		年 月 日		☐ 市町村国保 ☐ 社会保険 ☐ 国保組合 ☐ その他（ ）			
医療機関名称（法人事業所の場合は法人名も記入）				医療機関所在地							
				〒 —							
				TEL: — —							
住 所（自 宅） ※住民票の住所を記入											
〒 —											
TEL（携帯可）： — —											
本組合に加入する家族	氏 名	性別	生 年 月 日		続柄	個 人 番 号(マイナンバー)				マイナ保険証 登録状況	
	フリガナ	男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ・ 令和							有 ・ 無	
			年 月 日								
	フリガナ	男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ・ 令和							有 ・ 無	
			年 月 日								
フリガナ	男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ・ 令和							有 ・ 無		
		年 月 日									
フリガナ	男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ・ 令和							有 ・ 無		
		年 月 日									

【必要書類】① 世帯全員の住民票 ② 前保険の資格喪失証明書
 ③ 「預金口座振替依頼書」 ④ 《マイナンバー確認書類》「通知カード」もしくは「個人番号カード」のコピー
 ⑤ 「健康保険適用除外承認申請書」 ※厚生年金に該当される方のみ提出
※マイナンバーが記載された住民票の場合は、「④マイナンバー確認書類」は不要です。
【注意事項】・70歳以上の方が加入する場合は、裏面も参照してください。
 ・同一世帯の方全員で加入してください。（社会保険に加入している家族は除きます。）

上記のとおり、必要書類を添えて届けます。

愛知県医師国民健康保険組合理事長 様

令和 年 月 日

届 出
代行者
(担当者)

事業所名称：

担当者氏名：

連 絡 先： — —

組合員氏名：

組
合
記
入
欄

受 付 印

取
得
日

備
考

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表の第44項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。
※各種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。
※DVや虐待等被害者保護の観点より、加害者に住所等を知られたくない場合にはご連絡ください。

◇ 医師会入会手続き完了後、加入希望日から原則 14 日以内にご提出ください。

◇ 申請書の項目はすべて記入が必要です。漏れのないよう記入してください。

なお、申請内容に不備があった場合は、書類を返送させていただきますのでご了承ください。

《 記 入 方 法 》

個人番号(マイナンバー)	通知カード又は個人番号カード等に記載の個人番号（12桁）を記入してください。
マイナ保険証登録状況	健康保険証として利用登録したマイナンバーカード(マイナ保険証)を所持している方は“有”、マイナンバーカードを所持しているが利用登録を行っていない方、マイナンバーカードを所持していない方は“無”に○を記入してください。
加 入 希 望 日	医師会入会日以降の日付で当組合へ加入する希望日を記入してください。
就 業 形 態	勤務医の場合は常勤か非常勤か明記してください。
事 業 所 形 態	個人事業所か法人事業所か明記してください。
所 属 地 区 医 師 会 名	所属している郡市区医師会名を記入してください。（例）名古屋市中区医師会
医 師 会 入 会 日	医師会に入会した年月日を記入してください。
以 前 に 加 入 の 保 険	該当箇所に☑を記入してください。 ・ 社会保険とは…全国健康保険協会(協会けんぽ)・船員保険・健康保険組合・共済組合
医 療 機 関 所 在 地・ 医 療 機 関 名 称	・ 医師会へ登録している医療機関を記入してください。 ・ 上記登録が自宅の場合は、主となる勤務先1か所を記入してください。
住 所 （ 自 宅 ）	住民票の記載どおりに記入してください。
家 族 （ 氏 名 等 ）	家族が加入する場合に記入してください。
// 続 柄	組合員から見た続柄を記入してください。（例）夫・妻・子 等
届出代行者(担当者)	組合員以外の方（家族・事務担当者・代行機関等）が申請を行う場合に記入してください。

《 必要書類について 》

世 帯 全 員 の 住 民 票	・ 3ヶ月以内に発行されたもの ・ コピー不可 ・ 続柄の省略がないもの
前 保 険 の 資 格 喪 失 証 明 書	手元にない場合は添付無しでも可。 ※資格取得届の“以前に加入の保険”は必ず正確にご記入ください。
預 金 口 座 振 替 依 頼 書	保険料を指定の口座より引落しさせていただきます。
「 通 知 カ ー ド 」 も し く は 「 個 人 番 号 カ ー ド 」 の コ ピ ー	・ 「通知カード」は平成27年10月以降にお住まいの市区町村から発行されています。 ・ いずれも手元にない場合は、個人番号の記載がある住民票を提出してください。
健康保険適用除外承認申請書	厚生年金に該当される方のみ提出が必要になります。 なお、適用除外申請は“適用を受ける日”から <u>14日以内</u> に届出を行わなくてはなりません。
70歳以上の方が加入する場合	70歳以上の方は所得によって給付割合が異なります。 マイナンバーを利用した情報連携により、所得等の地方税関係情報を取得し、給付割合を判定します。もし確認できない場合は「課税証明書」もしくは「市町村民税納税通知書」のご提出をお願いします。

《資格取得（正組合員）の注意点》

＜提出前にご確認ください＞

○下記の加入要件をすべて満たしていますか。

- ①医療・福祉の事業又は業務に従事する公益社団法人愛知県医師会の会員であること
※医師会会員種別は問いません。非常勤の方も加入いただけます。
- ②住民票が愛知県・岐阜県・三重県・静岡県・長野県にあること
- ③（家族が加入する場合）正組合員と住民票上で住所が同じであること
※修学の為、一時的に住所が別となっている場合は、「第116条該当届」にて申請を行うことにより、家族として加入することができます。

○本組合は自家診療の給付の制限をしています。

（組合規約第12条抜粋）

被保険者が自己の開設または、勤務する保険医療機関あるいは被保険者の資格に関連する保険医療機関で受ける診療については、診療の給付は行わない。

○同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。（国民健康保険法第19条第1項）

法律により、世帯単位の加入が義務付けられていますので、同一世帯で家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で本組合に加入していただくか、全員で市町村国保に加入するかのどちらかになります。（社会保険、他の国保組合に加入している方を除く）

また、厚生年金に加入される方は、市町村国保に残れませんので、全員で本組合に加入していただくか、ご本人のみ社会保険（協会けんぽ）へご加入いただくこととなります。

＜マイナ保険証・資格確認書について＞

○マイナ保険証を所持している方

マイナ保険証を所持している方には、「資格情報のお知らせ」を送付いたします。健康保険適用除外申請を同時にされる方は、適用除外承認証が本組合に到着次第、発送いたします。
※受診の際はマイナ保険証をご利用ください。

○マイナ保険証を所持していない方

マイナ保険証を所持していない方には、「資格確認書」を送付いたします。健康保険適用除外申請を同時にされる方は、適用除外承認証が本組合に到着次第、発送いたします。

＜適用除外承認申請書について＞

- ・本組合加入後の年金の種類が厚生年金である方は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」の届出が必要となります。

ただし、新規加入する事業所が下記に該当する場合は、適用除外申請を行うことができず、本組合へ加入することが出来ません。

- ・法人事業所
- ・常時常勤従業員が5人以上の事業所
（→事業主世帯のみの加入は可）

※すでに適用除外申請を行っている事業所に勤務される医師の方につきましては、上記の限りではございません。

愛 知 県 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合

〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄一丁目23番10号

名古屋伏見アイマークビル5階

TEL：052-228-3151

業務日及び時間：月曜日～金曜日（9：00～12：00、13：00～17：00）

土日祝日・夏季休暇・年末年始は休業いたします。

※電話でのお問い合わせの際、本組合被保険者の方は必ず記号番号を確認の上、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。