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）		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)
	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和　年　月　日		
	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和　年　月　日		
	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和　年　月　日		
	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和　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　または　被保険者証のコピー
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

組合員氏名：　　㊞

届出代行者(担当者)	
	事業所名称：
	担当者氏名：
	連絡先：　－　－

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、番号法別表第１の第30 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は、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
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
就業形態	勤務医の場合は常勤か非常勤か明記
事業所形態	個人事業所か法人事業所か明記
所属地区医師会名	所属している郡市区医師会名　　（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
以前に加入の保険	該当箇所に☑を記入 ・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 ・上記登録が自宅の場合は、主となる勤務先１か所を記入
住所（自宅）	住民票の記載どおりに記入
家族（氏名等）	家族が加入する場合に記入
〃　続柄	組合員から見た続柄　　（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

《 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または被保険者証のコピー	いずれも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**14日以内に**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。

＜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、加入前より下記に該当されている事業所につきましては、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

〒４５５－００３１　愛知県名古屋市港区千鳥１丁目13－22
公益社団法人 愛知県医師会 仮事務所２階

ＴＥＬ：０５２－２２８－３１５１　ＦＡＸ：０５２－２２８－３１５２

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被保険者証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。