回覧	理事長	副理事長	常務理事	事務長	主任	主事	担当	台帳整理 特定台帳整理 証発行 保険料調定		受　付

国民健康保険被保険者資格取得届

記号番号 （記入しないでください）		資格取得年月日	令和　　年　　月　　日
資格取得者の現住所	〒		
直近の１月１日の居住地 （上記と違う場合）	〒		
法人又は個人の別	法　人　　・　　個　人　（現在の従業員数　常勤　　名　・　非常勤　　名）		
資格取得理由 （今まで加入していた保険）	１.協会けんぽ　　２.出生　　３その他（市町村国保、共済等）		

被保険者となる人の氏名	第一種との続柄	性別	生　年　月　日	職　種	勤務形態	マイナ保険証利用登録
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日		常　勤 非常勤	有　・　無
	個　人　番　号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日		常　勤 非常勤	有　・　無
	個　人　番　号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日		常　勤 非常勤	有　・　無
	個　人　番　号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日		常　勤 非常勤	有　・　無
	個　人　番　号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日		常　勤 非常勤	有　・　無
	個　人　番　号					

※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 1 項）
※世帯全員の住民票の中に市町村国保の被保険者が含まれていないことを確認してください。

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

第一種組合員　医療機関名

氏　　名　　㊞

山梨県医師国民健康保険組合理事長　　殿

※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。

届出代行者　事業所名称
担当者名
連絡先電話番号

資格取得届　添付書類一覧

下記のものを添付し、資格取得手続きをお願いいたします。
場合により下記以外の書類を添付いただく場合があります。

資格取得者全員

1　世帯全員が記載されている個人番号の記載がない住民票（住民票謄本）

2　住民票に記載されている、医師国保加入予定者以外の方の加入している保険のわかるもののコピー（資格情報のお知らせ・資格確認書のコピーのいずれか）
※同一世帯に国保組合と市町村国保が混在できないため、確認いたします。

3　個人番号通知カードまたは個人番号カード裏面のコピー
※番号がわかる面をコピーしてください。
※加入者様ご本人が封印し、ご本人様の印鑑で割り印した状態で添付してください。

非常勤の方

・非常勤の証明になる書類
※出勤簿（直近１カ月）のコピー、雇用契約書のコピー等

厚生年金の適用がある場合

・健康保険被保険者適用除外申請書
※常勤従業員５人以上の強制適用もしくは５人以下の任意適用の場合、
または法人の事業所の場合必要です。資格取得届と一緒にご提出ください。
当組合理事長印の押印後、年金事務所へご提出ください。
年金事務所より適用除外承認証が送付されましたら当組合までお届けください。（ＦＡＸ可）
確認後、資格情報のお知らせ、または資格確認書を発行いたします。

家族の方

・以前の保険の資格喪失証明書
※社会保険・共済等から加入する場合必要です。
※家族の加入は配偶者及び子供としています。

ご不明な点がございましたら、当組合事務局までご連絡ください。

山梨県医師国民健康保険組合事務局
TEL　055-222-0003
FAX　055-237-1459