

|     |      |      |      |     |   |
|-----|------|------|------|-----|---|
| 理事長 | 副理事長 | 常務理事 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|     |      |      |      |     |   |

(第一種・第三種組合員、家族用)



### 国民健康保険被保険者資格取得申請書 (新規・追加)

※太枠の中のみ記入してください。

|                       |               |                          |  |             |                   |              |               |   |   |   |  |
|-----------------------|---------------|--------------------------|--|-------------|-------------------|--------------|---------------|---|---|---|--|
| 被保険者番号                |               | 8                        | 8  |             |                   | 資格取得年月日      | 令和            | 年 | 月   | 日 | 事業所形態  |
| 組合に加入する方 (第一種・第三種組合員) |               |                          |  |             |                   | 性別           | 生年月日          |   |   |   | 1. 法人<br>2. 従業員5人以上の個人<br>3. 従業員5人未満の個人<br>4. 任意社保適用事業所<br>健康保険適用除外申請書 |
| (フリガナ)                |               |                          |  |             |                   | 男・女          | 昭和<br>・<br>平成 |   |   |   |  |
|                       |               |                          |  |             |                   |              | 年 月 日         |   |   |   |  |
| 個人番号 (マイナンバー)         |               |                          |  |             |                   | マイナ保険証 保有の有無 | 有・無           |   |   |   | 1. 必要 2. 不要  |
| 県医師会会員                | 1. 加入 2. 未加入  |                          | 1. 事業主 2. 勤務医 ( <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 ) |             |                   |              |               |   |   |   |  |
| 事業所情報                 | 事業所名称         |                          |  |             |                   |              |               |   |   |   | 法人・個人  |
|                       | 住所            | 〒 -                      |  |             |                   |              |               |   |   |   |  |
|                       | 連絡先           | 電話番号: ( )<br>FAX 番号: ( ) |  |             |                   |              |               |   |   |   |  |
| <b>家 族</b>            |               |                          |  |             |                   |              |               |   |   |   | 資格取得理由   |
| 今回被保険者となる方            |               | 組合員との続柄                  | 性別   | 生年月日        |                   | 職業等          |               |   |   |   |  |
| 1                     | (フリガナ)        |                          | 1. 配偶者<br>2. 子<br>3. ( )   | 男<br>・<br>女 | 昭<br>平 年 月 日<br>令 |              |               |   | 1. 転入<br>2. 社会保険離脱<br>3. 市町村国保離脱<br>4. 出生<br>5. その他 |   |  |
|                       | 個人番号 (マイナンバー) |                          |  |             | マイナ保険証保有の有無       |              | 有・無           |   |   |   |  |
| 2                     | (フリガナ)        |                          | 1. 配偶者<br>2. 子<br>3. ( )   | 男<br>・<br>女 | 昭<br>平 年 月 日<br>令 |              |               |   | 4. 出生<br>5. その他                                     |   |  |
|                       | 個人番号 (マイナンバー) |                          |  |             | マイナ保険証保有の有無       |              | 有・無           |   |   |   |  |
| 3                     | (フリガナ)        |                          | 1. 配偶者<br>2. 子<br>3. ( )   | 男<br>・<br>女 | 昭<br>平 年 月 日<br>令 |              |               |   | 5. その他  |   |  |
|                       | 個人番号 (マイナンバー) |                          |  |             | マイナ保険証保有の有無       |              | 有・無           |   |   |   |  |

関係書類を添えて上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

組合員氏名..... 電話.....

住所 (自宅) 〒 -

秋田県医師国民健康保険組合理事長 様

## 添付書類一覧

※添付書類をチェックしてください。

### 第一種組合員（医師）本人の加入または第一種組合員本人と家族が加入となる場合

#### 添付が必須となるもの

- 加入となる方のマイナンバーを確認できるもの（写） 例：マイナンバーカード、通知カード、住民票  
※通知カードについては、住民票の氏名・住所等と通知カードに記載の氏名・住所等が異なっている場合は、マイナンバーの確認書類として使用できません。  
※「個人番号通知書」はマイナンバーを証明する書類となりません。
- 第一種組合員（医師）となる方について、本人確認ができるもの（写）  
例：マイナンバーカード、運転免許証、パスポート など
- 世帯全員が記載されている住民票（マイナンバーの記載がないもの）
- 預金口座振替依頼書
- 令和 年度 市町村民税及び県民税納税通知書（写） または 令和 年度 所得課税証明書  
※課税標準額が記載されているものをご提出ください。※非課税の場合も証明書をご取得ください。

#### 該当の場合、添付いただくもの

- 健康保険資格喪失証明書 \* 社会保険を離脱して加入する場合
- 医師免許証（写） \* 秋田県医師会に加入していない場合
- 家族の健康保険を確認できるもの（写） \* 家族の方で、医師国保に加入しない方がいる場合  
例：資格確認書（写）、資格情報のお知らせ（資格情報通知書）（写） など
- 第一種組合員（医師）の方の雇用契約書等（写） \* 勤務医の場合（常勤・非常勤を確認します）
- 健康保険適用除外承認証（写） \* 社会保険の適用を受ける場合
- 国保法第 116 条届 \* 修学のため、組合員と住民票を別にしている場合
- その他（実情に応じて組合が依頼した書類） [ ]

### 第一種・第三種組合員の家族が加入となる場合

#### 添付が必須となるもの

- 加入となる方のマイナンバーを確認できるもの（写） 例：マイナンバーカード、通知カード、住民票  
※通知カードについては、住民票の氏名・住所等と通知カードに記載の氏名・住所等が異なっている場合は、マイナンバーの確認書類として使用できません。  
※「個人番号通知書」はマイナンバーを証明する書類となりません。
- 世帯全員が記載されている住民票（マイナンバーの記載がないもの）

#### 該当の場合、添付いただくもの

- 健康保険資格喪失証明書 \* 社会保険を離脱して加入する場合
- 家族の健康保険を確認できるもの（写） \* 家族の方で、医師国保に加入しない方がいる場合  
例：資格確認書（写）、資格情報のお知らせ（資格情報通知書）（写） など
- 国保法第 116 条届 \* 修学のため、組合員と住民票を別にしている場合
- 健康保険適用除外承認証（写） \* 社会保険の適用を受ける場合
- その他（実情に応じて組合が依頼した書類） [ ]

#### = ご家族の加入について =

国保組合では、同じ世帯の中で国保組合と市町村国保に分かれて加入できないことになっております。組合員のご家族は、社会保険や他の国保組合の適用となる方を除き、原則、ご家族全員が国保組合に加入となります。