



組合S入力	中間S連携	MN利用取込	担当者	カード発行	資格情報通知書・資格確認書	適用除外発行	加入履歴
/	/	/		国保 ・ 医師会 ・ 郵送 ・ その他		年 月 日	有 ・ 無
				1組A 1家A×	1組C 1家C×	1家B×	2組 2家×
						高齢受給者証発行	年 月 日

【第1種組合員(医師)・第2種組合員(従業員)・家族用】
国民健康保険被保険者資格取得届 (新規・追加)

※裏面をご確認のうえ、ご記入ください

被保険者証番号 又は組合員証番号	宮医 A	資格取得 年 月 日	令和 年 月 日
事業所名又は 勤務先名		分野名 (現在大学所属の方)	分野
所在地	〒 -	電話 -	事業所の形態 1. 個人 2. 法人 厚生年金(適用除外) 1. 適用 2. 非適用

今回加入する方についてご記入ください ※家族のみを追加する場合は、組合員欄の記入は不要です。

組合員	(フリガナ)	性別	生年月日	第1種組合員(医師)との続柄
氏名		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 (才)	1. 第1種組合員 (事業主・勤務医・非常勤・大学院生・研究生・その他) 2. 第1種家族 () 3. 第2種組合員 (看護師・事務・その他職種 ()) 4. 第2種家族 () ※家族は()内に妻、長男等を記入
個人番号 (マイナンバー)			資格取得の理由 (加入前の健康保険)	1. 社会保険・共済組合等 離脱 (本人・扶養・任意継続) 2. 国保離脱 (市町村・組合) 3. その他
家族	(フリガナ)	性別	生年月日	第1種組合員(医師)との続柄
氏名		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 (才)	1. 第1種組合員 (事業主・勤務医・非常勤・大学院生・研究生・その他) 2. 第1種家族 () 3. 第2種組合員 (看護師・事務・その他職種 ()) 4. 第2種家族 () ※家族は()内に妻、長男等を記入
個人番号 (マイナンバー)			資格取得の理由 (加入前の健康保険)	1. 社会保険・共済組合等 離脱 (本人・扶養・任意継続) 2. 国保離脱 (市町村・組合) 3. 出生 4. その他
家族	(フリガナ)	性別	生年月日	第1種組合員(医師)との続柄
氏名		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 (才)	1. 第1種組合員 (事業主・勤務医・非常勤・大学院生・研究生・その他) 2. 第1種家族 () 3. 第2種組合員 (看護師・事務・その他職種 ()) 4. 第2種家族 () ※家族は()内に妻、長男等を記入
個人番号 (マイナンバー)			資格取得の理由 (加入前の健康保険)	1. 社会保険・共済組合等 離脱 (本人・扶養・任意継続) 2. 国保離脱 (市町村・組合) 3. 出生 4. その他

※第2種組合員(従業員)又は第2種家族が加入する場合はご記入ください

第2種組合員 現住所 (従業員) (従業員の住民票記載の住所)
 〒 -
 氏名 電話 -
 携帯 -

上記のとおり、裏面の内容・約諾事項を承諾した上で、必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 (提出日)

第1種組合員 現住所 (医師) (住民票記載の住所)
 〒 -
 氏名 電話 -
 携帯 -

宮城県医師国民健康保険組合 理事長 様

届出代行者名(社労士等) 氏名 電話 -

〔支部記入欄〕

支部名		印
受付月日	年 月 日	
医師会入会年月日	年 月 日	

〔事務局記入欄〕

医療	円	月分	備考
介護	円	月分	
後期	円	月分	

【個人番号の利用目的について】
 当組合は、被保険者の個人番号を、番号法第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

宮城県医師国民健康保険組合

【資格取得届の記載について】

- ◆ 被保険者証番号又は組合員証番号 …………… 第1種組合員加入の際は記載は不要です。
第1種家族・第2種組合員・第2種家族が加入の場合は、第1種組合員の被保険者証記号番号を記載して下さい。 ※枝番の記載は不要です。
- ◆ 資格取得年月日 …………… 今回加入する方の資格取得年月日を記載して下さい。
(例)・社会保険の資格喪失年月日 ・出生した日 ・雇用関係の発生した日
- ◆ 事業所名又は勤務先名 …………… 勤務する(又は自身で開業する)医療機関名を記載して下さい。
- ◆ 分野名 …………… 現在大学病院所属の方のみ分野名を記載して下さい。
- ◆ 所在地 …………… 医療機関の所在地を記載して下さい。
- ◆ 事業所の形態 …………… 該当の番号に○をして下さい。
- ◆ 厚生年金 …………… 該当の番号に○をして下さい。
- ◆ 氏名 …………… 住民票に記載の氏名(フリガナ)を記載して下さい。
- ◆ 性別 …………… 該当の番号に○をして下さい。
- ◆ 生年月日 …………… 該当の番号に○をして、生年月日を記載して下さい。
- ◆ 個人番号(マイナンバー) …………… 本人確認を行ったうえで、記載して下さい。
- ◆ 第1種組合員(医師)との続柄 …………… 該当の番号に○をして下さい。
第1種組合員及び第2種組合員は()内の該当区分に○をして下さい。
第1・2種家族は()の中に続柄を記載して下さい。
(例)妻、父、長男 等
- ◆ 資格取得の理由(加入前の健康保険) …………… 該当の番号に○をして下さい。
- ◆ 申請書下部の欄には、第1種組合員(医師)の現住所、氏名、電話番号、提出日を必ず記載のうえ提出して下さい。
※第2種組合員(従業員)又は第2種家族が加入する場合は現住所、氏名、電話番号を記載して下さい。

【添付書類】

加入区分	必要な添付書類等
第1種組合員 医師	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票(個人番号記載)の原本(3カ月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 預金口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 医師免許書(写) <input type="checkbox"/> 緊急連絡先届(大学所属の医師・勤務医師・非常勤医師) <input type="checkbox"/> 新規開業届(新規開業の医師) <input type="checkbox"/> 宮城県医師会入会申込書(写) <input type="checkbox"/> 住民税課税証明書等の証明(70歳以上の方) <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書(前保険の喪失月日が不明な場合)
第2種組合員 従業員	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票(個人番号記載)の原本(3カ月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 住民税課税証明書等の証明(70歳以上の方)
家族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票(個人番号記載)の原本(3カ月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 住民税課税証明書等の証明(70歳以上の方)

【健康保険被保険者適用除外申請を行った際の保険証交付について】

法人、従業員5人以上の個人事業所又は任意で厚生年金(適用除外承認)に加入している事業所は、適用除外承認証の(写)と交換で被保険者証を交付します。

【留意点】

- 加入できる方は、宮城県内に住民票がある方です。
- 第1種組合員(医師)の加入要件は、医師として活動する宮城県医師会会員です。
- 第2種組合員の加入要件は、第1種組合員に雇用される従業員です。
- 同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできませんので医師国保組合の家族としての加入となります。(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ます)
- 申請は**事実発生の日から14日以内に提出して下さい。**

約諾事項

1. 当該取得者にかかる保険料の納付について責務を負うこと。
2. 被保険者証の不正使用に基づく返還金の納付について責務を負うこと。
3. 資格喪失後の被保険者証の返還について責務を負うこと。
4. 自家診療該当の医療費は請求しないこと。