

記入例
(従業員と家族)
□ は記入不要です

家族のみ取得する場合は、様式第3号をご提出ください
(事実発生の日から14日以内に提出願います)



国民健康保険被保険者資格取得届【第2種組合員(従業員)及び家族】

太枠内はすべてご記入ください

被保険者証番号 又は組合員証番号	宮医 010 A 123456	資格取得年月日 (前保険の喪失日と同日)	平成 29 年 3 月 1 日 ※今回加入する方の年月日	適用状況承認申請書 1. 必要 2. 不要
勤務先名称	〇〇〇整形外科クリニック			
事業所区分	1. 個人事業所 2. 法人事業所 (○で囲んでください)			
第2種組合員 現住所・電話番号	〒 981 - 1234 白石市〇〇町△-□ 電話(0224) 22 - 3456 携帯(090) 6789 - 1011			
第2種組合員 氏名	健康 組子 (健康)			
今回加入する方の氏名	第2種組合員 との続柄	性別	生年月日	職種 (具体的に)
1. (フリガナ) ケンコウ キミコ 健康 組子	本人	男 女	昭・平 (57 才) 34 年 2 月 8 日	例) 看護師、事務 看護師
2. (フリガナ) ケンコウ ジロウ 健康 次郎	例) 夫、長男	男 女	昭・平 (58 才) 35 年 10 月 10 日	例) 農業、無職 飲食業
3. (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎	長男	男 女	昭・平 (16 才) 13 年 3 月 23 日	高校生
4. (フリガナ)			平 (才) 月 日	
住民票上、同一住所・同一世帯の家族の方は市町村国保(75歳未満)に加入していますか。☑をつけてください				
<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保に加入している <input type="checkbox"/> 市町村国保に加入していない <input type="checkbox"/> 一人世帯(家族なし)				
上記のとおり、右記の事項を承諾した上で、必要書類を添えて届けます。				
事業主の署名・捺印	成 29 年 3 月 3 日 (届出日)	《約諾事項》		
事業所住所 〒 981 - 1234 刈田郡蔵王町〇-△-□	この書類を提出する日を記入			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。
第1種組合員 (事業主) 国保 一郎 (国保)	正使用に 付について 責務を負うこと。			1. 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。
宮城県医師国民健康保険組合 理事長 様				

番号は、第1種組合員(医師)の保険証番号又は組合員証番号をご記入ください。

◆住民票の原本を添付してください
※交付を受ける時の注意事項①~④
① 同一住所の世帯全員が記載されたもの
② 続柄、マイナンバーが記載されたもの
③ 発行より3か月以内のもの
④ 市区町村窓口で交付を受けてください(コンビニ交付は不可)

* 太枠内をすべてご記入いただき、必要書類を必ず添付してください。
* 同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。医師国保組合の家族としての加入が優先となります。
* 続柄、職種の欄は具体的に記入してください。
* 70歳以上75歳未満の方が加入する場合、住民税課税証明書等の証明が必要になります。(高齢受給者証発行のため)

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

支部確認欄

組合確認欄

保険料