様式第１号

裏面の「加入申込書の記入方等について」を必ずご一読のうえ、ご記入ください。

事務局使用欄

データー処理	証発行	適用除外	個人番号

（注）組合員新規加入時のみ記入

所属地区医師会名	入会月日	会員種別
	昭・平・令 年　月　日	A1 A2 B

受付印

国民健康保険被保険者加入申込書

組合員 被保険者記号番号	記号		番号					加入希望日	令和　年　月　日
医療機関番号	1	1			,			,	事業所の形態
診療所名 又は、勤務先名称									1. 個人事業所 （　強制適用　任意加入　その他　） 2. 医療法人
所在地									

被保険者となる者の氏名	性別	生年月日	組合員との続柄	職種 勤務形態	資格取得事由	健康保険の加入状況（従前の健康保険）
（フリガナ） 個人番号（マイナンバー）※必ず個人番号確認書類を添付してください。 （自宅住所）〒	男 女	昭　平　令 ・　・	1. 組合員（医師本人） 2. 組合員家族 続柄［　　］ 3. 准組合員（従業員） 4. 准組合員の家族	常　勤 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. その他 （　　）	1. 国保（　　市・区・町・組合） 2. 社会保険・共済組合等 （名称　　） a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失（予定）年月日（退職日の翌日等） （　年　月　日）
（フリガナ） 個人番号（マイナンバー）※必ず個人番号確認書類を添付してください。 （自宅住所）〒	男 女	昭　平　令 ・　・	1. 組合員（医師本人） 2. 組合員家族 続柄［　　］ 3. 准組合員（従業員） 4. 准組合員の家族	常　勤 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. その他 （　　）	1. 国保（　　市・区・町・組合） 2. 社会保険・共済組合等 （名称　　） a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失（予定）年月日（退職日の翌日等） （　年　月　日）
（フリガナ） 個人番号（マイナンバー）※必ず個人番号確認書類を添付してください。 （自宅住所）〒	男 女	昭　平　令 ・　・	1. 組合員（医師本人） 2. 組合員家族 続柄［　　］ 3. 准組合員（従業員） 4. 准組合員の家族	常　勤 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. その他 （　　）	1. 国保（　　市・区・町・組合） 2. 社会保険・共済組合等 （名称　　） a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失（予定）年月日（退職日の翌日等） （　年　月　日）
（フリガナ） 個人番号（マイナンバー）※必ず個人番号確認書類を添付してください。 （自宅住所）〒	男 女	昭　平　令 ・　・	1. 組合員（医師本人） 2. 組合員家族 続柄［　　］ 3. 准組合員（従業員） 4. 准組合員の家族	常　勤 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. その他 （　　）	1. 国保（　　市・区・町・組合） 2. 社会保険・共済組合等 （名称　　） a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失（予定）年月日（退職日の翌日等） （　年　月　日）

組合員以外で被保険者となる者は医師の資格を保有していないことを確認しましたので、上記のとおり申込みます。

令和　　年　　月　　日

診療所所在地　〒　　TEL

組合員

（医師）氏　　名

個人番号

埼玉県医師国民健康保険組合理事長　様

【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。

委任欄

本申込を下記代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日　　住所

組合員氏名

住所

代理人氏名　　TEL

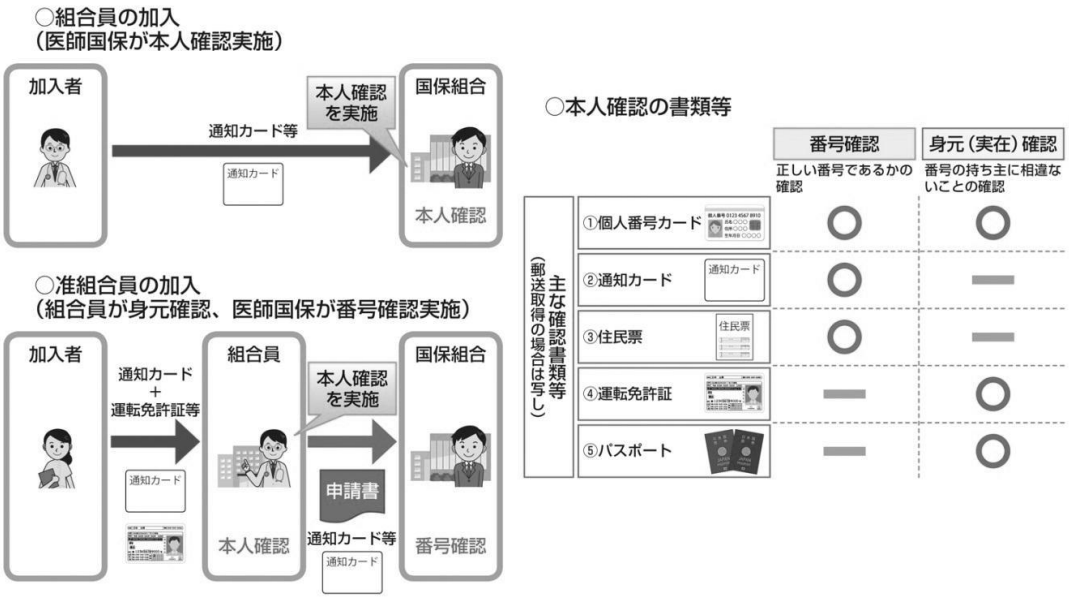
HP

様式第１号

「加入申込書の記入方等について」

○個人番号（マイナンバー）に関する注意事項

1. 加入申込書の届出者である組合員は、加入者の個人番号を番号確認書類で確認の上、間違えの無いようにご記入ください。なお、届出者である組合員の個人番号の記入については、同一様式に限り、2 回目以降は省略が可能になっています。
2. 組合員（医師本人）の加入は、当組合が本人確認を行うことになりますので、本人確認の書類等（番号確認、身元（実在）確認）のコピーを必ず添付してください。本人確認とは、提示された個人番号が正しいことの番号確認と身元（実在）を証明できる書類等の提示を求める身元確認を行うことを指します。
3. 加入者の番号確認は当組合が行いますので、必ず番号確認書類のコピーを添付してください。
4. 組合員以外の身元確認は、組合員の家族、准組合員は組合員が、准組合員の家族は准組合員が行い、身元確認書類の添付は不要です。
5. 75 歳以上の組合員は、個人番号の記入は不要です。
6. 個人番号を含む書類を送付の際は、必ず簡易書留等の追跡可能な方法で送付するとともに送達の確認としてください。
7. 6. に係わらず、社労士事務所等で受付確認の返信が必要な場合は、必ず簡易書留等の返信用封筒を添付してください。封筒の添付が無い場合は、返信致しかねますのでご承知おきください。



添付書類

①. 世帯全員の住民票原本（発行日から 3 か月以内で続柄が記載のもの）
②. 住民票に記載されている全員分の現在加入している保険証等のコピー
③. 健康保険被保険者適用除外承認申請書（法人事業所及び社会保険の強制適用事業所で常勤の場合）
④. 非常勤職員確認書（法人事業所及び社会保険の強制適用事業所で非常勤の場合）
⑤. 預金口座振替依頼書（組合員（医師本人）が加入の場合）
⑥. 組合員（医師本人）が加入の場合は、本人確認（番号確認、身元確認）書類のコピー
⑦. 組合員（医師本人）以外が加入の場合は、番号確認書類のコピー

○注意事項

1. 原則、医師は組合員登録になります。
2. 世帯員（家族）に「市町村国保」の加入者がいる場合は、一緒に医師国保に加入することになります。
3. 社会保険離脱により加入する場合は、「資格喪失証明書」等の離脱日が証明できる書類を添付してください。
4. 国民皆保険制度により、空白期間があるまま（無保険状態）での加入は認められません。
5. 上記③は年金事務所の承認を受ける必要があり、その手続きは、事実の発生した日から土日祝日を含む **14 日以内**に年金事務所に届出を行う必要があります。詳しくは医師国保組合にお問い合わせください。
6. 加入申込受理後、マイナ保険証の保有状況を確認し、「資格確認書」または「資格情報通知書」のいずれかを発行します。
7. 届出者である組合員からの郵送、持込以外（例えば社労士事務所からの郵送や持込）の場合は、委任欄にご記入の上、代理人の身元確認（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示（コピーの添付）が必要です。