

様式第2の(2)

准 組 合 員 資 格 取 得 申 請 (届) 書															決 裁			常任理事		事務長		係 員		処 理 欄											
被保険者証の記号番号 記号 番号 医															住 所 (〒)															資格喪失及び変更年月日 取得・喪失 令和 年 月 日 変更年月日 令和 年 月 日					
															現 住 所 (電話)															資格取得及び変更事由					
員番	氏 名				続柄	性別	生 年 月 日			職 業			健 康 保 険 適 用 異 動 前 ・ 異 動 取 得 ・ 喪 失 除 外 の 有 無 後 の 保 険 者 年 月 日			取	得	喪	失	変	更	被 保 険 者 帳 異 動 整 理 簿													
(フリガナ)					本人	男・女	昭 平 令						有 (年 月 日) 無			取	得	喪	失	変	更	1. 出 生 2. 社 保 離 脱		被 保 険 者 帳 訂 正											
					被保険者の個人番号																	3. 生 保 廃 止			4. その他(事由)	被 保 険 者 帳 回 収									
(フリガナ)					男・女	男・女	昭 平 令						有 (年 月 日) 無			取	得	喪	失	変	更	1. 死 亡 2. 社 保 加 入		出 産 育 児 一 時 金											
					被保険者の個人番号																	3. 生 保 開 始			4. その他(事由)	葬 祭 費									
(フリガナ)					男・女	男・女	昭 平 令						有 (年 月 日) 無			取	得	喪	失	変	更	世帯合併 世帯分離 世帯変更		傷 病 手 等 当 金											
					被保険者の個人番号																	住所変更 氏名変更			組 合 員 変 更 (事 由)	離 脱									
(フリガナ)					男・女	男・女	昭 平 令						有 (年 月 日) 無			取	得	喪	失	変	更	その他(事由)		証 明 書 発 行											
					被保険者の個人番号																	その他(事由)			発 行 年 月 日 (. .)										
受 付					上記のとおり (被保険者証を添えて) 届出します。 令和 年 月 日																														
					医 療 機 関 所 在 地 組 合 員 医 療 機 関 名 氏 名 (注) 取得届以外で署名(自筆)の場合は、押印の必要はありません。 茨城県医師健康保険組合理事長殿																														
					⑩ 台帳 訂正簿 徴収簿																														

(注) 1. 太枠内にすべて記入して下さい。(新規加入の場合は、被保険者番号欄を除く。)
 2. 氏名には必ずフリガナをつけて下さい。
 3. 資格取得・変更申請に際しては、住民票謄本(被保険者の個人番号の記載のあるもの)を添付してください。また、取得申請の際には念書(裏面)の記入押印をお願いします。
 4. 組合員の配偶者及び2親等内の親族は、経営者の立場上准組合員の資格を認めておりません。

様式第2の(3)

念 書

茨城県医師国民健康保険組合を「甲」とし、組合員 _____ を「乙」とし、准組合員資格取得申請に当たり下記の条項を約諾します。

記

1. 乙の申請する被保険者（以下「丙」という。）の保険料は、甲に対し乙が納入すること。
2. 丙の一部負担金の最終責任及び丙が被保険者証の不正行使に基づく、甲に対する返還金の納付義務は、乙に帰属するものであること。
3. 丙の資格喪失後の被保険者証の回収は、乙の責任とすること。
4. 准組合員の勤務する医療機関で取り扱った丙の医療費は、組合規約第63条の定めにより、甲に請求しないこと。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(医療機関名)

住所

届出人組合員

氏名

⑩

茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

資格取得届記入例

様式第2の(2) 准組合員とは事業主(開設者医師)の元で勤務している医師以外の従業員のことです。

【適用除外有無】※1

法人事業所または、開設者を除く従業員が常時5名以上(パートを除く)の医療機関につきましては、健康

務長 係員 加理欄

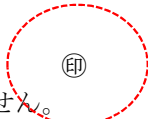
資格取得日は入職日を記入してください。

准 組 合 員 資 格 取 得 申 請 (届)										務長		係員		加理欄	
被保険者証の記号番号		住 所		資格喪失及び変更年月日		取得・喪失年月日		令和〇年〇月〇〇日		被保険者帳		者印			
記号	番号	(〒 ***-****)		取得・喪失年月日		令和 年 月 日		変更年月日		令和 年 月 日		異動			
医 記入不要		准 組 合 員 の 現 住 所		住民票に登録してある住所を記入してください。		連絡が取れる番号を記入してください。(電話 ***-****-****)		取得・喪失年月日		令和 年 月 日		当てはまるものに○をしてください。			
員番	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	職 業	健康保険適用除外の有無	異動前・異動後の保険者年月日	取得・喪失年月日	資格取得及び変更事由	1. 出生 2. 社保離脱		被保険者証			
(フリガナ)	ケンコウ ヤスコ	本人	男・女	〇〇・〇〇・〇〇	看護師・事務等	有無	令和〇年〇月〇〇日	令和〇年〇月〇〇日	新規追加	3. 生保廃止		発行			
	健康 保子	被保険者の個人番号		個人番号(マイナンバー)を記入してください。					全部・一部	4. その他(事由)		訂正			
(フリガナ)	ケンコウ 〇〇〇	子	男・女	〇〇・〇〇・〇〇			令和〇年〇月〇〇日	令和〇年〇月〇〇日	喪失	1. 死亡 2. 社保加入		回収			
	健康 〇〇〇	被保険者の個人番号		加入する方全員を記入してください。ご家族のみ加入する場合は、2行目以降に記入してください。					一部	3. 生保開始		出産育児一時金			
(フリガナ)	ケンコウ 〇〇〇	子	男・女						変	4. その他(事由)		葬 祭 費			
	健康 〇〇〇	被保険者の個人番号							更	世帯合併 世帯分離 世帯変更		傷 病 手 等 当 金 等			
(フリガナ)			男・女							住所変更 氏名変更		離 脱			
		被保険者の個人番号								組合員変更(事由)		証 明 書 行			
(フリガナ)			男・女							その他(事由)		発 行 年 月 日 (. .)			
		被保険者の個人番号										保 險 料			
受 付		上記のとおり(被保険者証を添えて)届出します。										台帳			
		令和 年 月 日										訂正簿			
		医療機関所在地										徴収簿			
		組合員 医療機関名													
		(開設者医師) 氏 名													
		(注) 取得届以外で署名(自筆)の場合は、押印の必要はありません。													
		茨城県医師健康保険組合理事長殿													

医師国保へ加入の際は、

- ・資格取得届出書
- ・念書
- ・住民票謄本(マイナンバー記載のもの)
- ・健康保険被保険者適用除外承認申請書※1

を添付して医師国保まで郵送お願いします。



- (注) 1. 太枠内にすべて記入して下さい。(新規加入の場合は、被保険者番号欄を除く。)
2. 氏名には必ずフリガナをつけて下さい。
3. 資格取得・変更申請に際しては、住民票謄本(被保険者の個人番号の記載のあるもの)を添付してください。また、取得申請の際には念書(裏面)の記入押印をお願いします。
4. 組合員の配偶者及び2親等内の親族は、経営者の立場上准組合員の資格を認めておりません。

様式第2の(3)

念 書

茨城県医師国民健康保険組合を「甲」とし、組合員 ○○ ○○○ を「乙」とし、(開設者医師) 准組合員資格取得申請に当たり、下記の条項を約諾します。

記

- 乙の申請する被保険者（以下「丙」という。）の保険料は、甲に対し乙が納入すること。
- 丙の一部負担金の最終責任及び丙が被保険者証の不正行使に基づく、甲に対する返還金の納付義務は、乙に帰属するものであること。
- 丙の資格喪失後の被保険者証の回収は、乙の責任とすること。
- 准組合員の勤務する医療機関で取り扱った丙の医療費は、組合規約第63条の定めにより、甲に請求しないこと。

(記入日)

令和 年 月 日

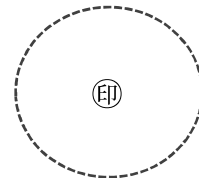
(医療機関名)

住所

届出人組合員

(開設者医師)

氏名



茨城県医師国民健康保険組合理事長 殿

資格喪失届記入例

様式第2の(2) 准組合員とは事業主(開設者医師)の元で勤務している医師以外の従業員のことです。

准 組 合 員 資 格 取 得 喪 失 申 請 (届) 書										資格喪失及び変更年月日		被 保 險 者 帳 台 帳	
被保険者証の記号番号		住 所		准 組 合 員 の		住 所		取得・喪失		令和〇年〇〇月〇〇日		被 保 險 者 帳	
記号	番 号	(〒 ***-****)		現 住 所		住民票に登録してある住所を記入してください。		取 得 年 月 日	喪 失 年 月 日	令和 年 月 日		異 動 簿	
医	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者証番号を記入		連絡が取れる番号を記入してください。(電話 ***-****-****)				変 更 年 月 日	令和 年 月 日			被 保 險 者 証	
員番	氏 名	続柄	性別	生 年 月 日	職 業	健康保険適用除外の有無	異動前・異動後の保険者	取得・喪失	令和〇年〇〇月〇〇日	資格取得及び変更事由		発行	
	(フリガナ) ケンコウ ヤスコ	本人	男・女	〇〇・〇〇・〇〇	看護師・事務等	有 (年 月 日)		取 得	令和〇年〇〇月〇〇日	1. 出 生	2. 社 保 離 脱	被 保 險 者 証	
	健康 保子	被保険者の個人番号						新 規 ・ 追 加	令和〇年〇〇月〇〇日	3. 生 保 廃 止	4. その他(事由)	訂 正	
	(フリガナ) ケンコウ 〇〇〇	子	男・女	〇〇・〇〇・〇〇		有 (年 月 日)		喪 失	令和〇年〇〇月〇〇日	1. 死 亡	2. 社 保 加 入	回 収	
	健康 〇〇〇	被保険者の個人番号						全 部	令和〇年〇〇月〇〇日	3. 生 保 開 始	4. その他(事由)	出 産 育 児 一 時 金	
	(フリガナ) ケンコウ 〇〇〇	子	男・女					一 部	令和〇年〇〇月〇〇日	1. 死 亡	2. 社 保 加 入	葬 祭 費	
	健康 〇〇〇	被保険者の個人番号						喪 失	令和〇年〇〇月〇〇日	3. 生 保 開 始	4. その他(事由)	傷 病 手 当 金 等	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 会					亦		1. 死 亡	2. 社 保 加 入	()	
	被保険者の個人番号							世 帯 合 併 世 帯 変 更		3. 生 保 開 始	4. その他(事由)	証 明 書 行	
	(フリガナ)	男・女	昭 平 会					更		4. その他(事由)	その際、退職日を記入してください。	発 行 年 月 日 (. .)	
	被保険者の個人番号											保 險 料	
受 付		上記のとおり(被保険者証を添えて)届出します。										台 帳	
		令和 年 月 日										訂 正 簿	
		医療機関所在地										徴 収 簿	
		組合員 医療機関名											
		(開設者医師) 氏 名											
		(注) 取得届以外で署名(自筆)の場合は、押印の必要はありません。											
		茨城県医師健康保険組合理事長殿											

資格喪失日は退職した場合は退職日の次の日を記入してください。社保加入の場合は社保に加入した日を記入してください。

喪失する方全員を記入してください。ご家族のみ喪失する場合は、2行目以降に記入してください。

医師国保を抜ける際、被保険者証を返還してください

当てはまるものに○してください。退職により医師国保を抜ける際は、喪失事由は4.その他に○してください。その際、退職日を記入してください。

- (注) 1. 太枠内にすべて記入して下さい。(新規加入の場合は、被保険者番号欄を除く。)
2. 氏名には必ずフリガナをつけて下さい。
3. 資格取得・変更申請に際しては、住民票謄本(被保険者の個人番号の記載のあるもの)を添付してください。また、取得申請の際には念書(裏面)の記入押印をお願いします。
4. 組合員の配偶者及び2親等内の親族は、経営者の立場上准組合員の資格を認めておりません。

資格変更届記入例

様式第2の(2) 准組合員とは事業主(開設者医師)の元で勤務している医師以外の従業員のことです。

准組合員資格取得喪失変更申請(届)書												決裁			処理欄	
												常任理事	事務長	係員	区分	取扱者印
被保険者証の記号番号 記号 番号				住 所 (〒 ***-****) 住民票に登録してある住所を記入してください。				資格喪失及び変更年月日 取得・喪失 令和 年 月 日 変更年月日 令和〇年〇〇月〇〇日				被保険者帳				
医 1 2 3 4 5 6 7 8 被保険者証番号を記				准組合員の 現住所 連絡が取れる番号を記入してください。(電話 ***-****-****)				資格取得及び変更事由				異動整理簿				
員番	氏 名			続柄	性別	生年月日	職業	健康保険適用除外の有無	異動前・異動後の保険者	取得・喪失年月日	資格取得及び変更事由		被保険者証	発行		
	(フリガナ) ケンコウ ヤスコ 健康 保子			本人	男・女	〇〇・〇〇・〇〇	看護師・事務等	有(年月日)			新規・追加	1. 出生 2. 社保離脱 3. 生保廃止 4. その他(事由)		訂正		
	(フリガナ) ケンコウ 〇〇〇 健康 〇〇〇			子	男・女	〇〇・〇〇・〇〇		有(年月日)			喪失	1. 死亡 2. 社保加入 3. 生保開始		回収		
	(フリガナ) ケンコウ 〇〇〇 健康 〇〇〇			子	男						全部			出産育児一時金		
	(フリガナ)				男						変更	世帯合併 世帯分離 世帯変更 住所変更 氏名変更 組合員変更(事由)		葬祭費		
	(フリガナ)				男						変更	その他(事由) 氏名変更の際旧姓を記入してください		傷病手当金等 離脱		
受 付				上記のとおり(被保険者証を添えて)届出します。 令和 年 月 日 医療機関所在地 組合員 医療機関名 (開設者医師) 氏 名 (注) 取得届以外で署名(自筆)の場合は、押印の必要はありません。 茨城県医師健康保険組合理事長殿								変更		証明書発行 発行年月日(. .)	台帳	
												変更	訂正簿	徴収簿		

- (注) 1. 太枠内にすべて記入して下さい。(新規加入の場合は、被保険者番号欄を除く。)
 2. 氏名には必ずフリガナをつけて下さい。
 3. 資格取得・変更申請に際しては、住民票謄本(被保険者の個人番号の記載のあるもの)を添付して下さい。また、取得申請の際には念書(裏面)の記入押印をお願いします。
 4. 組合員の配偶者及び2親等内の親族は、経営者の立場上准組合員の資格を認めておりません。

(H29. 3. 1. 000)