

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

台帳	データ入力	被保険者証
		発行 回収

受付日

国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者証 記号・番号	—			資格取得 年月日	年	月	日
被保険者コード ※記入不要	(フリガナ) 氏 名	第一種組合員・ 特別組合員(医 師)との続柄	性別	生 年 月 日 個人番号(マイナンバー)	職 業	資格取得理由 (番号を記入)	
				昭・平 .			12. 社保離脱
				昭・平 .			14. 出 生
				昭・平 .			17. その他 (他国民健康保険から等)
				昭・平 .			

年 月 日
上記のとおり住民票を添えて届出いたします。
長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

〒
第一種組合員(医師)
特別組合員
住 所
氏 名

印

※新規取得の第一種組合員のみ記入

該当するものに○印または記入

医療機関名
所 在 地
(上記と同じ場合は記入不要)
TEL ()

○開設主体：個人・法人・その他
○業務の種類：開設者・管理者・
勤務医(常勤・非常勤)
その他()
○常勤の従業員数： 名
うち、医師国保加入者数 名

注意事項

1. 資格取得年月日はその事由発生の日を記入してください。
2. 氏名には必ずフリガナ(カタカナ)を記入してください。
3. 個人番号(マイナンバー)欄は記入せず、個人番号通知カードまたは個人番号カードの写しを添付してください。
4. 住民票(世帯全員のもので、続柄が記載され、3ヶ月以内に発行されたもの)を必ず添付してください。あわせて「保険加入状況調書」、同一世帯で医師国保以外の保険加入者の「被保険者証の写し」を提出してください。
5. 第一種組合員新規取得の場合は次の書類を添付してください。
◎口座振替特約書・承諾書
6. 第二種組合員(従業員)の資格取得届の場合は必ず「第二種組合員(従業員)の勤務形態等に関する届」、「住民票」、「保険加入状況調書」、「雇用保険被保険者資格取得等通知書」の写し、同一世帯で医師国保以外の保険加入者の「被保険者証の写し」を提出してください。
7. 第二種組合員は、1名につき1枚ずつ(世帯ごとに)ご記入ください。
8. 事由発生の日より14日以内に届出してください。

※記入不要

銀行コード	
支店コード	
口座No.	
口座名義 (カタカナ)	

預金口座振替特約書

記載日： 年 月 日

八 十 二 銀 行
三 井 住 友 銀 行
長 野 県 信 用 組 合
御 中
信用金庫

(お取引銀行を○で囲んでください。)

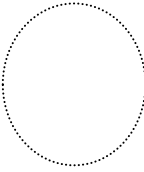
契約者 (組合員)

氏 名

印

私は、長野県医師国民健康保険組合に加入いたしましたので、今後、組合から請求された保険料を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、所定の手続きを省略してお振替下さい。

なお、この取扱いにつき万一後日事故が生じましても、貴行の責めによる場合を除き、貴行に対してご迷惑をおかけいたしません。

預金口座	フリガナ	預 金 お届け印	取引銀行 (○で囲んで下さい)	
	(預金者氏名 口座名義)		八 十 二 銀 行 三 井 住 友 銀 行 長 野 県 信 用 組 合 信用金庫	
住 所	〒	支店名	支 店	
		支店番号		
		預金種目	1 普 通 2 当 座	
		口座番号		

※金融機関使用欄

検印	印鑑照合	受付印

承諾書

組合員 〇〇〇〇〇 さんが負担する長野県医師国民健康保険組合の保険料を

〇〇 年 〇 月以降下記の口座から引去り、貴組合に納入することを承諾いたします。

記

銀行名	本・支店名	口座No. (普通 ・ 当座)
八 十 二 銀 行		口座振替名義人
三 井 住 友 銀 行		
長 野 県 信 用 組 合		
信用金庫	本店・支店	フリガナ ()

年 月 日

口座名義人

住 所 〒

氏 名 (印)

長野県医師国民健康保険組合理事長 〇〇〇 殿

※ 組合処理欄 (記入不要)

該当に○	記号番号	銀行コード	支店コード	備 考
新規・変更				

「保険加入状況調書」（同一世帯の全ての方の保険加入状況をご記入ください）

※同一世帯で医師国保以外の保険加入者の「被保険者証の写し」を添付してください

※75歳以上の方を除く

被保険者証 記号・番号			—				—				第一種・特別 第二種組合員氏名	
----------------	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--------------------	--

氏 名	医師国保に加入した際の 同一世帯員の保険の種類						加入している保険者名
(記入例1) 長 野 太 郎	①	協会けんぽ	4	市町村国保			〇〇支部
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
(記入例2) 長 野 花 子	1	協会けんぽ	4	市町村国保			〇〇〇健保組合
	②	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
	1	協会けんぽ	4	市町村国保			
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
	1	協会けんぽ	4	市町村国保			
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
	1	協会けんぽ	4	市町村国保			
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
	1	協会けんぽ	4	市町村国保			
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
	1	協会けんぽ	4	市町村国保			
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			
	1	協会けんぽ	4	市町村国保			
	2	健保組合	5	他の国保組合			
	3	共済組合	6	医師国保組合			

注 意 事 項

- 国民健康保険である医師国保は、国民健康保険法に基づき、世帯単位で加入しなくてはならないとされています。また、同一世帯での市町村国保と医師国保の混在はできません。したがって、世帯全員の加入状況を確認する必要があります。
- 医師国保では、住民票上、組合員と同一世帯の方が被保険者の範囲となりますので、たとえ税法上の扶養家族となっても住民票が同一世帯でないと加入できません。別の住所に住んでいる家族を組合員の家族として医師国保に加入させることはできません。
- 子どもが学生で、現在、県外に住んでいて住所も移している場合は、家族（世帯員）として加入できます。その際には、①在学証明書、②修学先の住民票を提出していただきます。なお、卒業後に、学生が、親とは別に住民登録をしている場合には、本組合の被保険者資格を喪失していただくこととなりますのでご注意ください。