

事務局使用欄

決	理事長	事務長	課長(補)	係
裁				

台帳	入力	被保険者証
/	/	発行 /

受付日

## 国民健康保険被保険者資格取得届 ( 第二種組合員用 )

太枠内はすべてご記入ください。

被保険者証 記号・番号		資格取得年月日 (事由発生の日)	令和 年 月 日
----------------	--	---------------------	----------

組合員	加入者氏名	第二種組合員 との続柄	性別	生年月日		職種 または職業	資格取得事由(※)
				個人番号			
世帯員	(フリガナ)	本人	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 12. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 17. その他(他国保離脱等)
			<input type="checkbox"/> 女				
	住所		〒				
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 12. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 14. 出生 <input type="checkbox"/> 17. その他(他国保離脱等)
			<input type="checkbox"/> 女				
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 12. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 14. 出生 <input type="checkbox"/> 17. その他(他国保離脱等)
			<input type="checkbox"/> 女				
	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート等 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 12. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 14. 出生 <input type="checkbox"/> 17. その他(他国保離脱等)
			<input type="checkbox"/> 女				

上記のとおり、右記の必要書類を添えて届出いたします。

また、第二種組合員として加入する上記の者が、

- 常勤の職員
- 1週間の所定労働時間と1ヶ月の所定労働日数が常勤職員の4分の3以上  
( 1週間の所定労働時間 \_\_\_\_\_ 時間 ・ 1ヶ月の所定労働日数 \_\_\_\_\_ 日 )

であることを証明いたします。事実と相違があった場合、当該組合員の資格を取り消しても異議ありません。

届出日 令和 年 月 日

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

《添付書類》

- ① 住民票  
(世帯全員のもので続柄が記載され、3か月以内に発行されたもの)
- ② 保険加入状況調書  
(被保険者証の写しを貼付け)
- ③ 個人番号が確認できる書類の写し
- ④ 雇用保険被保険者資格取得等通知書の写し
- ⑤ 被保険者適用除外承認申請書  
(※必要な場合のみ)

※世帯員の方のみ加入する場合、④・⑤の提出は不要です。

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。

また、取得した個人番号(マイナンバー)は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。

※資格取得事由… 12. 社保離脱：前保険が健保組合、共済、協会けんぽ等の方 17. その他：前保険が国保、国保組合の方 (R4.1)

