

決裁	理事長	担当理事	事務係	担当
	令和 年 月 日			

資格取得年月日	記号・番号										
令和 年 月 日											
	事業所番号										
	211-										

岐阜県医師国民健康保険組合 被保険者資格取得申込書

枚目 枚中 /

事業所名 又は、勤務先名		地域医師会	医師会
所在地	〒 ー	※第Ⅰ種組合員の新規加入時のみ記入 岐阜県医師会加入日	
	電話番号 () ー	令和 年 月 日	
経営区分	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 (法人名:)	健康保険	<input type="checkbox"/> あり (手続中・手続予定)
厚生年金	<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 非適用	適用除外申請	<input type="checkbox"/> なし

下記には、加入申し込みする方について記入してください。※家族の追加の場合は、組合員欄の記入は不要です。

加入区分	<input type="checkbox"/> 事業主(第Ⅰ種組合員)		<input type="checkbox"/> 従業員(第Ⅱ種組合員)		<input type="checkbox"/> 家族	
組合員	フリガナ (氏)	(名)	性別	男・女	続柄	本人
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	加入前の保険
	個人番号		雇用形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート ※パートの場合は裏面の就労証明書を記入のこと		<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 出生
			職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医療事務 <input type="checkbox"/> その他 ()		マイナンバー 保険証利用登録 該当に○ 有・無
家族	フリガナ (氏)	(名)	性別	男・女	続柄	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	加入前の保険
	個人番号		職種			<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 出生
						マイナンバー 保険証利用登録 該当に○ 有・無
家族	フリガナ (氏)	(名)	性別	男・女	続柄	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	加入前の保険
	個人番号		職種			<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 出生
						マイナンバー 保険証利用登録 該当に○ 有・無

現住所 住民票のとおり記載ください	〒 ー	電話番号 () ー	ー
		携帯番号 () ー	ー

記号・番号 (家族の追加の場合のみ記入)											加入希望日	令和 年 月 日
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	----------

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

組合員 ※加入申し込みする組合員(家族の場合はその世帯に属する組合員)が記入してください。

氏名 (自署)

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 殿

送付先: 〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11 岐阜県医師会館内
岐阜県医師国民健康保険組合

第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員(事業主)確認欄

- 上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。
- 組合員の個人番号等に誤りが無いことを確認しました。
- 規約・規程を遵守することを誓います。

記号・番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員(事業主)名

(自署)

備考	入力	照合	証交付	受付印
	処理欄			

1. 加入申し込みしない家族(住民票上の同一世帯の方)がいる場合は、下記に記入してください。

氏名		現在加入している健康保険等
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()

2. パート従業員の加入申し込みの時には、下記の就労証明書を記入してください。
ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は記入不要です。

就 労 証 明 書	
従業員氏名	
就労開始年月日	令和 年 月 日
雇用形態 (パート勤務)	週労働時間 () 時間 常勤職員と比較した週労働時間の割合 () 割
上記の者が当診療所に就労し雇用していることを証明いたします。	
令和 年 月 日	
第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員 事業主(雇用主)	

3. 代理人(社会保険労務士等)を通じて加入申し込みの手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。
また、代理人の身分証の写しを添付してください。(例:運転免許証、パスポート等の写し)

委 任 状	
代理人氏名	
私は、上記の者を代理人と定め、岐阜県医師国民健康保険組合への加入の手続きを委任します。	
令和 年 月 日	
委 任 者	
第Ⅰ種・第Ⅲ種組合員 事業主(雇用主)	

添付書類について

加入区分	必要な添付書類等	
第Ⅰ種組合員 医師	身元確認書(下記①～③のいずれか) <input type="checkbox"/> ①個人番号又はマイナンバーカードの写し(表裏両面) <input type="checkbox"/> ②通知カードの写し+運転免許証等身分証明書の写し(表裏両面) <input type="checkbox"/> ③個人番号が記載された住民票+運転免許証等身分証明書の写し(表裏両面) <input type="checkbox"/> 預金又は保険料口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書※1	◎従業員の個人番号に関しては、事業主である医師(第Ⅰ種・Ⅲ種組合員)が番号確認と身元確認を行ってください。 ◎第Ⅰ種組合員の個人番号に関しては、当組合が本人確認をします。 ◎代理人(社会保険労務士等)を通じて申込みをする場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。
第Ⅱ種組合員 従業員	<input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書※1 <input type="checkbox"/> 就労証明書(パートの場合)※2	※1 健康保険の適用除外承認を受けて組合に加入している事業所に新たに加入する組合員は、健康保険適用除外承認申請書が必要になります。 ※2 加入申込書裏面(この欄の上部)の就労証明書欄に記入してください。 ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は必要ありません。
家 族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本(3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもので世帯主、続柄等省略のないもの) <input type="checkbox"/> 学生証や在学証明書等の写し(18歳以上の学生) <input type="checkbox"/> 国民健康保険法第116条該当届(学生で組合員と同居していない場合)	注意事項 1. 自家診療については、請求できません。 2. 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生した場合は、14日以内に組合へ届け出てください。

【個人番号(マイナンバー)の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号利用法第9条第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。