

【資格取得（加入）について】

「医師」の方と、「医師以外」の方では、加入手続きや提出書類が異なりますのでご確認下さい。

【従業員が加入する場合】（千葉県内の事業所に勤務されている方のみ）

以下の書類が必要となります。

- ・国民健康保険被保険者資格取得届
- ・世帯全員の住民票（発行から3か月以内のもの）
※外国人住民の方は、国籍、在留資格、在留期間、在留期間の満了の日、住民基本台帳法第30条の45に規定する区分を省略しないようご注意ください。
- ・健康保険加入状況確認書
- ・健康保険適用除外承認申請書（厚生年金に加入している事業所のみ）
- ・マイナンバーカード若しくはマイナンバー通知カードのコピー
※世帯全員の住民票に個人番号（マイナンバー）が記載されている場合は添付不要です。

◎「勤務医」の方は第1種組合員（勤務医）としてのご登録となりますので、上記の書類と併せて、以下の手続き等が必要です。

- ◆必要な手続き
各地区医師会を通じて千葉県医師会へご入会下さい。
- ◆追加必要書類
預金口座振替依頼書

【家族が加入する場合】（組合員と同一世帯の方のみ）

以下の書類が必要となります。

- ・国民健康保険被保険者資格取得届
- ・世帯全員の住民票（発行から3か月以内のもの）
※外国人住民の方は、国籍、在留資格、在留期間、在留期間の満了の日、住民基本台帳法第30条の45に規定する区分を省略しないようご注意ください。
- ・健康保険加入状況確認書
- ・マイナンバーカード若しくはマイナンバー通知カードのコピー
※世帯全員の住民票に個人番号（マイナンバー）が記載されている場合は添付不要です。
- ・以前加入されていた健康保険組合が発行した「資格喪失証明書」を添付いただくか、取得届右下の「今まで加入していた健康保険」欄を正確に記入してください。

◎「医師」の方は、第1種組合員としてのご登録となりますので、上記の書類と併せて、以下の手続き等が必要です。

- ◆必要な手続き
各地区医師会を通じて千葉県医師会へご入会下さい。

※組合員と同一世帯の医師であって、疾病等の理由で医師として業務に就けない特別な事情がある場合は、お申し出いただいた後、理事会の決定により第1種組合員としないことも可能です。

詳細につきましては組合事務局（043-242-4273）までお問い合わせ下さい。

「医師」の方が医師国保組合に加入する場合には、第1種組合員としてご加入いただく事となります。（第2種組合員や家族として加入する事はできません。）

また、第1種組合員となるには、千葉県医師会への加入が必須となります。

記入見本

<理由> 該当する番号をご記入ください。

社会保険離脱→2 生活保護廃止→3 出生→4

後期高齢者離脱→8 その他（国保離脱など）→9

<マイナ保険証>

マイナンバーカードを被保険者証として登録している方は登録済をマルで囲って下さい。

| 千医国 | — | 受付日 | 令和 | ※本件内を一記入 | | | | |
|----------------|-------|------------|---------------------------------|----------------------|----|--------|------------|-----------|
| 被保険者氏名 | | 組合員区 | 資格取得年月日 | 理由 | 職種 | マイナ保険証 | 摘要 | |
| ふりがな けんこう いちろう | 健康 一郎 | 組合員 ・家族 | 本人 男 昭和 平成 令和 女 6年 4月 15日 | 令和 6年 11月 1日 | 2 | 6 | 登録済 未登録 | 知確 1 2 |
| ふりがな けんこう はなこ | 健康 花子 | 組合員 ・家族 | 長女 男 昭和 平成 令和 女 29年 | 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | | |
| ふりがな | | 組合員 ・家族 | 男 昭和 女 年 | 個人番号 | | | | |

<資格取得年月日>

医師国保組合へ加入する日
をご記入ください。

<職種> 該当する番号をご記入ください。

- 医師 → 1 薬剤師 → 2 技師 → 3
- 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 → 4
- 看護助手 → 5 事務員 → 6 その他 → 9

<第1種（特別）組合員（事業主）>

事業主の方の署名・捺印をお願いいたします。

*第1種組合員（事業主）の捺印は省略できません。

平成 令和 令和

<今まで加入していた健康保険>

加入していた健康保険をご記入下さい。

| | | | |
|--------------------------------|----------------|------|--------------------------|
| 第1種（特別）組合員（事業主） | 千医国 24 | 999 | 今まで加入していた健康保険についてご記入下さい。 |
| 〒260-0026 ☎ (043) (242) (4273) | | | 保険者名 (氏名ではありません) |
| 所在地 千葉市中央区千葉港4番1号 | | | 全国健康保険協会 千葉支部 |
| 医療機関名 称 | 保険クリニック | 者番号 | 01120013 |
| 氏 名 | 保険 太郎 | 险者番号 | 1234 567890 |
| 個人番号 | | | 喪失月 |
| 第2種組合員 *勤務医である第1種組合員及び第1種特別組合員 | | | 令和6年11月1日 |
| 〒260-0000 ☎ (0 | | | |
| 自 宅 住 所 | 千葉市中央区○○町1-2-3 | | |
| 氏 名 | 健康 一郎 | | |

<第2種組合員・

第1種組合員（勤務医）>

第2種組合員および第1種組合員
(勤務医)が加入する際はこちらも
ご記入ください。

| | | | |
|-----|--|---|--------|
| 委任欄 | 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。※代理人の方の顔写真付き身分証明書の添付が必要です。 | | |
| | 【代理人】 住所 千代田区霞ヶ関1-1-1 氏名 厚生 健太郎 | 【第1種（特別）組合員（事業主）】 住所 千葉市中央区千葉港4番1号 氏名 保険 太郎 | 保 險 |

【個人番号の利用目的について】

当組
する事

<委任欄：代理人（社会保険労務士など）の方が申請される場合>

手続きを委任される場合は、「代理人」及び「第1種（特別）組合員（事業主）」の両方の署名捺印が必要です。

○代理人の方は署名・捺印と併せて、顔写真付き身分証明書の添付が必要です。

（運転免許証やパスポート等）

*代理人、第1種（特別）組合員（事業主）の捺印は省略できません

取

国民健康保険被保険者資格取得届

※太枠内をご記入下さい。

| 千医国 | 一 | 交付年月日 令和 | | | | 受付年月日 令和 | | | | | |
|--------|----------------|----------|-------------|-------------------|-------------|----------|--|----|----|-----------------|--------|
| 被保険者氏名 | 組合員区分 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 資格取得年月日 | | | 理由 | 職種 | マイナ保険証 | 摘要 |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 ・ 女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | | 登録済 ・ 未登録 | 知 確 |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 ・ 女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | | 登録済 ・ 未登録 | 知 確 |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 ・ 女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | | 登録済 ・ 未登録 | 知 確 |
| ふりがな | 組合員 ・ 家族 | | 男 ・ 女 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | | | 登録済 ・ 未登録 | 知 確 |

千葉県医師国民健康保険組合 様

| | | |
|------------------|---|---------------------------|
| 第1種(特別)組合員(事業主) | 千医国 | 今まで加入していた健康保険についてご記入ください。 |
| 〒 一 ☐() () () | | |
| 所在地 | | |
| 医療機関 | | |
| 名称 | | |
| 氏名 | (印) | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | |
| 第2種組合員(従業員) | ※勤務医である第1種組合員及び第1種特別組合員が取得を希望する場合もご記入下さい。 | 被保険者の記号番号 |
| 〒 一 ☐() () () | | |
| 自宅住所 | | |
| 氏名 | 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 |

| | |
|--|-----------------------------------|
| 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。※代理人氏名の方の顔写真付き身分証明書の添付が必要です。 | |
| 【代理人】 住所 氏名 (印) | 【第1種(特別)組合員(事業主)】 住所 氏名 (印) |

【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。

| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 交付 | D I R | 台帳 |
|-----|------|-----|-----|----|-------|----|
| | | | | | | |

健康保険加入状況確認書

- この書類は、『世帯全員の住民票』に記載されている方のうち、医師国保組合に加入されない方、していない方の健康保険組合について確認するための書類です。
- 新たに医師国保組合にご加入される方（家族も含む）や、氏名や住所の変更をされる場合、提出が必要です。ただし、単身世帯（『世帯全員』の住民票に1名だけ記載されている場合）や、住民票に記載されている全員の方が医師国保組合に加入する（している）場合は、この書類の添付は不要です。

【記入について】

- 『世帯全員の住民票』に記載されている方の中で、「医師国保組合に加入されない方」「していない方」が加入している健康保険組合について、下記の欄に正しくご記入下さい。なお、記入方法が分からぬ場合には、その方の資格情報のお知らせまたは資格確認書のコピーを添付して下さい。
- 組合員様と同一世帯の方の中で、市町村国保に加入されている方につきましては、各法に基づき市町村国保を離脱し、包括して医師国保組合へご加入いただくこととなりますで、資格取得届に必要事項をご記入下さい。

医療機関名：

組合員氏名：

| 氏 名 | | 加入中の健康保険 (保険者名は正しい名称をご記入下さい) | |
|-----|------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 例 | フリガナ チバ 千葉 | 保険者名 全国健康保険協会 | 支部がある場合には 支部名もご記入下さい。 千葉支部 |
| 1 | フリガナ | 保険者名 | |
| | | 支部名 | |
| 2 | フリガナ | 保険者名 | |
| | | 支部名 | |
| 3 | フリガナ | 保険者名 | |
| | | 支部名 | |
| 4 | フリガナ | 保険者名 | |
| | | 支部名 | |
| 5 | フリガナ | 保険者名 | |
| | | 支部名 | |