

- 医師会入会日（入会日以降であることが必須要件）
- 社会保険等の喪失日
- （国保から移行の場合）任意の日付 など

裏面の「加入申込書の記入方等について」を必ずご一読のうえ、ご記入ください。

新規（組合員）加入時は
必ず医師会入会年月日を記入

(注) 組合員新規加入時のみ記入

所属地区医師会名	入会月日	会員種別
〇〇市医師会	昭・平・令 ○年○月○日	A1 A2 B

- 強制適用⇒常勤職員5名以上で社会保険の強制適用になっている事業所のこと
- 任意加入⇒常勤職員4名以下で社会保険に任意加入をしている事業所のこと
- その他⇒いずれにも該当しない事業所

国民健康保険被保険者加入申込書

組合員 被保険者記号番号		記号	新規加入時は空欄						加入希望日		令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
医療機関番号		1	1	○	○	○	○	○	○	事業所の形態		
診療所名 又は、勤務先名称		〇〇医院						医療機関コード（11は県番）		1. 個人事業所 (強制適用 任意加入 <u>その他</u>)		
所在地		さいたま市浦和区仲町〇—〇—〇								2. 医療法人		
被保険者となる者の氏名			性別	生年月日		組合員 との続柄		職 種 勤務形態	資格取得事由	健康保険の加入状況 (従前の健康保険)		
(フリガナ) コクホ タロウ 国保 太郎			<u>男</u>	<u>昭 平 令</u> 〇〇・〇・〇〇		1. 組合員 (医師本人) 2. 組合員家族 続柄[] 3. 准組合員 (従業員) 4. 准組合員の家族		医師 <u>常 勤</u> 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. <u>その他</u>	1. <u>国保</u> (<u>〇〇</u> 市・区・町・組合) 2. 社会保険・共済組合等 (係) a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失 (予定) 年月日 (退職日の翌日等) (年 月 日)		
個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 2 3 4 5 3 4 5 6			※必ず個人番号確認書類 を添付してください。									
(自宅住所) 〒 000-0000 〇〇市〇〇1丁目〇—〇												
(フリガナ) コクホ ハナコ 国保 花子			<u>女</u>	<u>昭 平 令</u> 〇〇・〇・〇〇		1. 組合員 (医師本人) 2. 組合員家族 続柄[<u>妻</u>] 3. 准組合員 (従業員) 4. 准組合員の家族		薬剤師 <u>常 勤</u> 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. <u>その他</u>	1. <u>国保</u> (<u>〇〇</u> 市・区・町・組合) 2. 社会保険・共済組合等 (係) a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失 (予定) 年月日 (退職日の翌日等) (年 月 日)		
個人番号 (マイナンバー) 1 0 0 0 2 0 0 0 3 0 0 0			※必ず個人番号確認書類 を添付してください。									
(自宅住所) 〒 同 上												
(フリガナ) コクホ イチロウ 国保 一郎			<u>男</u>	<u>昭 平 令</u> 〇〇・〇・〇〇		1. 組合員 (医師本人) 2. 組合員家族 続柄[<u>子</u>] 3. 准組合員 (従業員) 4. 准組合員の家族		なし <u>常 勤</u> 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. <u>その他</u>	1. <u>国保</u> (<u>〇〇</u> 市・区・町・組合) 2. 社会保険・共済組合等 (係) a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失 (予定) 年月日 (退職日の翌日等) (年 月 日)		
個人番号 (マイナンバー) 4 5 6 7 5 6 7 8 6 7 8 9			※必ず個人番号確認書類 を添付してください。									
(自宅住所) 〒 同 上												
(フリガナ)			<u>女</u>	<u>昭 平 令</u> ・		1. 組合員 (医師本人) 2. 組合員家族 続柄[] 3. 准組合員 (従業員) 4. 准組合員の家族		常 勤 非常勤	1. 採用 2. 社保離脱 3. 出生 4. その他	1. 国保 (市・区・町・組合) 2. 社会保険・共済組合等 (係) a. 本人 b. 家族 c. 任意継続 喪失 (予定) 年月日 (退職日の翌日等) (年 月 日)		
個人番号 (マイナンバー)			※必ず個人番号確認書類 を添付してください。									
(自宅住所) 〒												

個人番号 1 2 3 4 2 3 4 5 3 4 5 6

TEL 000-000-0000

埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様

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。

代理人氏名 ○○社会保険労務士事務所 埼玉 彩子 TEL 000-000-0000

申請を社労士等に外部委託される際は、委任欄に記入の上、代理人の身分証明書コピーを添付してください。

記入例（准組合員（職員）加入時）

様式第1号

- 雇用開始日
- 常勤職員になった日
- 社会保険等の資格喪失日
- （国保から移行の場合）任意の日付 など

裏面の「加入申込書の記入方等について」を必ずご一読のうえ、ご記入ください。

事務局使用欄

データ処理	証発行	適用除外	個人番号
事務局記入欄			

（注）組合員新規加入時のみ記入

所属地区医師会名	入会月日	会員種別
組合員（事業主）の記号番号を記入		

〔個人事業所の種別〕

- 強制適用⇒常勤職員5名以上で社会保険の強制適用になっている事業所のこと
- 任意加入⇒常勤職員4名以下で社会保険に任意加入をしている事業所のこと
- その他⇒いずれにも該当しない事業所

国民健康保険被保険者加入申込書

組合員被保険者記号番号	記号	1 0 1	番号	0 0 0 0 0 0 0 0	加入希望日	令和 〇 年 〇 〇 月 〇 日					
医療機関番号	1	1	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	事業所の形態	
診療所名又は、勤務先名称	〇〇医院									1. 個人事業所 (強制適用 任意加入 その他)	
所在地	さいたま市浦和区仲町〇—〇—〇									2. 医療法人	
被保険者となる者の氏名			性別	生年月日	准組合員の職種は必ず記入してください 【例】看護師、事務、検査技師 など			健康保険の加入状況 (従前の健康保険)			
(フリガナ) ケンコウ ヤスコ 健康 保子			男	昭 平 令	1. 組合員 (医師本人)			1. 採用			
個人番号 (マイナンバー)			女	〇〇・〇・〇〇	2. 組合員家族			2. 社保離脱			
(自宅住所) 〒 〇〇〇-〇〇〇〇			※必ず個人番号確認書類を添付してください。			3. 准組合員 (従業員)			3. 出生		
〇〇市〇〇2丁目〇—〇			続柄 []			4. 准組合員の家族			4. その他 ()		
(フリガナ) ケンコウ クミオ 健康 組男			男	昭 平 令	1. 組合員 (医師本人)			1. 採用			
個人番号 (マイナンバー)			女	〇〇・〇・〇〇	2. 組合員家族			2. 社保離脱			
(自宅住所) 〒 同 上			※必ず個人番号確認書類を添付してください。			3. 准組合員 (従業員)			3. 出生		
〇〇市〇〇2丁目〇—〇			続柄 []			4. 准組合員の家族			4. その他 ()		
(フリガナ)			男	昭 平 令	1. 組合員 (医師本人)			1. 採用			
個人番号 (マイナンバー)			女	〇〇・〇・〇〇	2. 組合員家族			2. 社保離脱			
(自宅住所) 〒			※必ず個人番号確認書類を添付してください。			3. 准組合員 (従業員)			3. 出生		
〇〇市〇〇2丁目〇—〇			続柄 []			4. 准組合員の家族			4. その他 ()		
(フリガナ)			男	昭 平 令	1. 組合員 (医師本人)			1. 採用			
個人番号 (マイナンバー)			女	〇〇・〇・〇〇	2. 組合員家族			2. 社保離脱			
(自宅住所) 〒			※必ず個人番号確認書類を添付してください。			3. 准組合員 (従業員)			3. 出生		
〇〇市〇〇2丁目〇—〇			続柄 []			4. 准組合員の家族			4. その他 ()		
組合員以外で被保険者となる者は医師の資格を保有していないことを確認しましたので、上記のとおり申込みます。										【個人番号の利用目的について】	
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日										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」	
診療所所在地 〒 〇〇〇-〇〇〇〇										同様の様式で過去に個人番号を記入したことがある場合は、組合員個人番号を省略できます。	
組合員 (医師) 氏 名 国保 太郎											
個人番号 1 2 3 4 2 3 4 5 3 4 5 6											
埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様											
委任欄	本申込を下記代理人に委任します。										
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所 〇〇市〇〇1丁目〇—〇										
	組合員氏名 国保 太郎										
	住所 〇〇市〇〇3丁目〇—〇〇										
代理人氏名 〇〇社会保険労務士事務所 埼玉 彩子										申請を社労士等に外部委託される際は、委任欄に記入の上、代理人の身分証明書コピーを添付してください。	
TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇											

国保加入申込書添付書類について

<組合員（医師）・准組合員・家族 共通>

- ☐ 世帯全員の住民票原本（発行日から3ヶ月以内で続柄が記載のもの）

※一人世帯であっても必ず「世帯全員」の住民票を取得してください。

- ☐ 同一世帯者全員分の保険証等のコピー（医師国保に加入しない方を含む）

《保険証、資格確認書、資格情報通知書（お知らせ）、マイナポータルから入手した医療保険の資格情報など》

※国民健康保険法第19条に基づき、同一世帯内に市町村国保の方がいないか確認をしています。

- ☐ 加入希望者の個人番号（マイナンバー）確認書類

《個人番号カードまたは通知カードのコピー、個人番号入り住民票など》

※住民票では、世帯内で医師国保に加入しない方の個人番号はマスキング（塗りつぶし）をお願いします。

<組合員（医師）のみ>

- ☐ 預金口座振替依頼書（様式第9号）

- ☐ 本人確認書類のコピー《個人番号カード、運転免許証、パスポート等》

<組合員（医師）・准組合員>

【個人事業所の事業主及び常勤4名以下で社会保険適用ではない事業所に勤務する方を除く】

- ☐ （社会保険適用事業所で常勤勤務の場合）健康保険適用除外承認申請書

※法人事業所、または、個人事業所のうち社会保険の強制適用（常勤職員が5名以上）及び厚生年金に任意加入している事業所に勤務する場合、提出が必要です。

- ☐ （社会保険適用事業所で非常勤勤務の場合）非常勤職員確認書

※非常勤…1週の所定労働時間が常勤の4分の3未満又は1ヶ月の所定労働日が常勤の4分の3未満で厚生年金に該当しない方。（国民年金加入者）

<その他>

- ☐ （社会保険等離脱により加入するとき）資格喪失証明書または退職日がわかるもの

- ☐ （外国籍の方）国籍・在留資格・在留期間の満了日等が掲載された住民票
又は 在留カードのコピー

個人番号（マイナンバー）について

○埼玉県医師国民健康保険組合では、被保険者の個人情報と、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法におけ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。

○正確に個人番号を登録するため、新規加入者については、加入申込書にマイナンバーを記入の上、番号確認書類（個人番号カード又は通知カードのコピー、個人番号入り住民票等）の提出をお願いします。

○番号確認書類を提出いただけないときは、J-LIS（地方公共団体情報システム機構）を通して個人番号情報を確認させていただくことがあります。