

## 【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ください。

### 【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。
- ・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個人番号通知書のコピー  
※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

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。
- ・加入状況確認書
- ・マイナンバーカード若しくは個人番号通知書のコピー  
※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

**<資格取得理由>** 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。

**<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。

※入枠内をご記入。

被保険者氏名	組合員区分	性別	生年月日	資格取得年月日	理由	職種	マイナ保険証
健康 一郎	組合員 本人	男	昭和 平成 令和 60年4月15日	令和 6年11月1日	2	6	登録済 未登録
健康 花子	組合員 長女	女	昭和 平成 令和 29年3月3日	令和 6年11月1日			登録済 未登録
	組合員 本人	男	昭和 平成 令和				登録済 未登録
	組合員 本人	男	昭和 平成 令和				登録済 未登録

**<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。

**<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	〒260-0026 ☎(043)(242)(4273)	所在地 千葉市中央区千葉港4番1号	医療機関名称 保険クリニック	氏名 保険 太郎	個人番号 0000	加入者名 (略)	全国健康保険協会 千葉支部
第2種組合員(勤務医である第1種組合員及び第1種特別組合員が取得)	千医国 24	〒260-0000 ☎(043)(242)(4275)	住所 千葉市中央区〇〇町1-2-3	氏名 健康 一郎	資格喪失年月日 令和6年11月1日		番号 01120013	証の番号 1234 567890

**<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つき身分証明書の添付が必要です。
【代理人】	住所 〇〇区霞ヶ関1-1-1 氏名 厚生 太郎
【第1種(特別)組合員】	住所 千葉市中央区千葉港4番1号 氏名 保険 太郎

【個人番号の利用目的】  
 当組合は、被保険者(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

**<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」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、顔写真つ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など)  
 ※代理人、第1種(特別)組合員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	—	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
ふりがな	組合員 ・ 家族		男	昭和 平成 令和	令和			登録済 ・ 未登録
			女	年 月 日	年 月 日			
				個人番号 (マイナンバー)				
ふりがな	組合員 ・ 家族		男	昭和 平成 令和	令和			登録済 ・ 未登録
			女	年 月 日	年 月 日			
				個人番号 (マイナンバー)				
ふりがな	組合員 ・ 家族		男	昭和 平成 令和	令和			登録済 ・ 未登録
			女	年 月 日	年 月 日			
				個人番号 (マイナンバー)				
ふりがな	組合員 ・ 家族		男	昭和 平成 令和	令和			登録済 ・ 未登録
			女	年 月 日	年 月 日			
				個人番号 (マイナンバー)				

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	
〒 — ☎ ( ) ( ) ( )		
所在地		
医療機関 名称		
氏名		㊟
個人番号 (マイナンバー)		
第2種組合員(勤務医である第1種組合員及び第1種特別組合員が取得を希望する場合も、ここに署名して下さい。)		
〒 — ☎ ( ) ( ) ( )		
住所		
氏名		㊟
今まで加入していた健康保険について ご記入下さい。		
保険者名 (氏名ではありません)		
保険者番号		
被保険者証の 記号番号		
資格喪失 年月日	令和	年 月 日
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。※代理人の方の身分証明書の添付が必要です。	
	【代理人】	【第1種(特別)組合員】
	住所	住所
	氏名	氏名
	㊟	㊟

## 【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	D I R	被保険者証	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、記入方法が分からない場合には、その方の健康保険証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ので、資格取得届に必要な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 <u>チバ ケンボ</u> ----- <b>千葉 健保</b>	保険者名	<b>全国健康保険協会</b>
		支 部 名	<b>千葉支部</b>
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	

支部がある場合には  
支部名もご記入下さい。