

国民健康保険被保険者資格取得届「医師組合員（勤務医用）」

医師会入会日	平成・令和 年 月 日	資格取得日	令和 年 月 日
所属機関の名称・住所	名称： TEL：	住所：〒 FAX：	
事業所形態	<input type="checkbox"/> 個人事業所 <input type="checkbox"/> 法人事業所 └ <input type="checkbox"/> 常時従業員5名未満 └ <input type="checkbox"/> 常時従業員5名以上	健康保険の適用除外対象	<input type="checkbox"/> 適用除外対象 <input type="checkbox"/> 対象外
自宅住所 ※住民票の住所を記入	〒 TEL(自宅)： TEL(携帯)：	上記で適用除外対象に☑をされた場合のみ、ご回答ください。 <input type="checkbox"/> 適用除外済 <input type="checkbox"/> 適用除外申請中（承認待）	

当組合に加入しない同一世帯の健康保険について
 ご確認の上、必ず☑をお願いします。
 同一世帯内に他国保の被保険者がいないことを確認しました。
 ※同一世帯内で2つ以上の国保加入はできない為、ご注意ください。(※75歳以上の方を除く)

被保険者となる者の氏名・性別		生年月日	続柄	資格取得の理由
1	(フリガナ) 男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	本人	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号			マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	(フリガナ) 男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号			マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	(フリガナ) 男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号			マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	(フリガナ) 男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号			マイナンバーカードの保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 【必要書類】
 ① 住民票謄本（世帯全員が記載されたもの） ② 預金口座振替依頼書（保険料の引去口座用）
 ③ 加入者全員分のマイナンバー確認書類（「通知カード」又は「個人番号カード」の写し）
 ④ 医師組合員の運転免許書等本人確認ができるもののコピー
 ⑤ 雇用状況が確認できる書類（雇用契約書等）のコピー
 ⑥ 法人事業所及び、個人事業所で常勤従業員が5名以上の場合は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」のコピー
 ※ 医師国保の資格取得日より所轄の年金事務所にて5日以内に手続きが必要です。
 マイナンバーが記載された住民票の場合は、③は不要です。

上記のとおり必要書類を添えて届けます。 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 組合員氏名（自署） _____	届出 代行者 （担当者）	事業所名称： 担当者氏名： TEL：
--	--------------------	--------------------------

【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、給付及び徴収事務で利用する。
 ※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き組合業務の目的以外で利用することはありません。

組合記入欄	受付印	被保険者番号
		備考
		処理・連動日： 適用除外日： 書発行： 共通：

※マイナンバーカードは有効期限内かつ、電子証明（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りま

《資格取得「医師組合員（勤務医用）」の注意点》

＜提出前にご確認ください＞

○下記の加入要件をすべて満たしていますか。

- ①医療の事業又は業務に従事する一般社団法人沖縄県医師会の会員であること
※医師会会員種別は問いません。非常勤の方も加入いただけます。
- ②住民票が沖縄県内にあること
- ③（家族が加入する場合）医師組合員と住民票上で住所が同じであること
※修学の為、一時的に住所が別となっている場合は、在学を証明できるもの（在学証明書等）
をご提出いただくことで、家族として加入することができます。

○当組合は自家診療の給付の制限をしています。

（組規約第11条抜粋）

被保険者が、自己の属する保険医療機関又は保険薬局について受ける診療については、特別の理由があるものとして理事会において承認したもののほか、療養の給付を行わない。

○同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。（国民健康保険法第19条第1項）

法律により、世帯単位の加入が義務付けられていますので、同一世帯で家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当組合に加入していただくか、全員で市町村国保に残るかのどちらかになります。

※社会保険〔協会けんぽ、組合健保、各種共済組合〕に加入している方を除く。

＜適用除外承認申請書について＞

当組合加入後の年金の種類が厚生年金である方は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」の届出が必要となります。（医師国保資格取得日より5日以内に手続きが必要です。）

ただし、加入前より下記に該当されている事業所につきましては、適用除外申請を行うことができず、当組合へ加入することが出来ません。

※社会保険に加入できない非常勤は可能です。

- ・法人事業所
- ・常時常勤従業員が5人以上の事業所
（→事業主世帯のみの加入は可）

沖縄県医師国民健康保険組合

〒901-1105

南風原町字新川218-9

TEL：098-888-0087

FAX：098-888-0089

添付の書類にお忘れはありませんか？

医師国保加入手続きの際にご提出頂く書類は以下の通りです。

提出物にお忘れがないか、改めてご確認下さいますようお願い致します。

- (資第 1-2 号様式) 国民健康保険者資格取得届
 - ①住民票謄本 (世帯全員が記載されたもの)
 - ※1 マイナンバーが記載された住民票の場合は、③は不要です。
- ②預金口座振替依頼書
- ③マイナンバー確認書類 (加入者全員分の「通知カード」又は、「個人番号カード」の写し) ※1
- ④医師組合員の本人確認書類 (「運転免許書」又は、「パスポート」の写し)
- ⑤雇用状況が確認できる書類 (雇用契約書、源泉徴収票等)
- ⑥法人事業所及び、個人事業所で常勤従業員が5名以上の場合は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」のコピー ※2
 - ※2 医師国保の資格取得日より所轄の年金事務所にて5日以内に手続きが必要です。個人事業所で医師国保に加入する従業員が5名未満の場合は不要です。

マイナ保険証をご利用される方へ

資格取得届をご提出後、データ登録が完了するまではマイナ保険証で医療機関等を受診することができませんのでご注意ください。

なお、データ登録につきましては資格取得届が提出されてから、5日程度で完了します。データ登録が完了次第、「資格情報のお知らせ」を郵送いたします。

※資格取得届を資格取得日より前に提出された場合には、資格取得日から5日程度でデータ登録が完了します。

また、資格取得後に初めてマイナンバーカードにより医療機関等を受診する場合は、事前にマイナポータルにアクセスし、医療保険の資格情報として資格取得後の情報が登録されていることをご確認ください。

※マイナンバーカードは有効期限内かつ、電子証明(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。