様式第１号

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	令和　　年　　月　　日			

家族の追加

国民健康保険被保険者資格取得届

裏面の記入上の注意をお読みのうえご記入下さい。

甲種組合員	記号	番号	取得区分	資格取得年月日
	福医 0 3	1 2 3 4 0 0 0	①甲種組合員（医師会員）{ア 事業主 / イ 勤務医師}　②乙種組合員（従業員）　③家族の一部取得 { ア 甲種 / イ 乙種 }	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

開設または勤務する医療機関名称	国保クリニック	医療機関所在地	〒□□□-□□□□　TEL（　　）　－　記入不要
医療機関コード	記入不要	事業所区分	記入不要　①個人事業所 { ア 常時従業員５人以上 / イ 常時従業員５人未満 }　②法人事業所
開設者氏名	記入不要		

組合員となる者の氏名		生年月日	個人番号（マイナンバー）	続柄	性別	職種	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録	資格取得の理由（加入前の保険）
番号 *	フリガナ 記入不要	昭和・平成・令和 年　月　日		本人	男・女		□有 □無	□社会保険 □国民健康保険（市町村・　国保組合） 1. 加入区分（本人・扶養）　2. 喪失日（令和　年　月　日） □その他（　）
現住所	〒□□□-□□□□　TEL（　　）　－ 記入不要							

家族となる者の氏名		生年月日	個人番号（マイナンバー）	続柄	性別	職業（職種）	マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録	資格取得の理由（加入前の保険）
番号 * 記入不要	フリガナ コクホ　イチロウ 国　保　一　郎	昭和・平成・令和 ○年○月○日	3456 ×××××××××	子	男・女	有・無 （　）	✓有 □無	□社会保険 □国民健康保険（市町村・　国保組合） 1. 加入区分（本人・扶養）　2. 喪失日（令和　年　月　日） ✓出生　□その他（　）
番号 *	フリガナ	昭和・平成・令和 年　月　日			男・女	有・無 （　）	□有 □無	□社会保険 □国民健康保険（市町村・　国保組合） 1. 加入区分（本人・扶養）　2. 喪失日（令和　年　月　日） □出生　□その他（　）
番号 *	フリガナ	昭和・平成・令和 年　月　日			男・女	有・無 （　）	□有 □無	□社会保険 □国民健康保険（市町村・　国保組合） 1. 加入区分（本人・扶養）　2. 喪失日（令和　年　月　日） □出生　□その他（　）
番号 *	フリガナ	昭和・平成・令和 年　月　日			男・女	有・無 （　）	□有 □無	□社会保険 □国民健康保険（市町村・　国保組合） 1. 加入区分（本人・扶養）　2. 喪失日（令和　年　月　日） □出生　□その他（　）

上記のとおり必要書類を添えて届けます。

令和　○年　○月　○日　提出

福岡県医師国民健康保険組合理事長　殿

甲種組合員

〒812-0016　TEL（092）431－1988

住　所　福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

氏　名　国保太郎　（国保印）

（自署の場合は押印不要。自署以外、記名押印）

処理欄	受付	入力	資格確認書/おしらせ交付

確認欄	住民票	雇用証明書	適用除外 承認申請書	適用除外 承認証	喪失証明書

（注意事項）

○この届には、世帯全員が記載された住民票（マイナンバー、続柄記載のもの）を必ず添付して下さい。**その他必要な添付書類・記入上の注意については、裏面をご参照下さい。**

○75歳以上の方（65～74歳で障害認定をうけ後期高齢者医療制度の被保険者となった方を含む）は、加入することはできません。

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

（2025.1）

主な記入上の注意点

記入箇所	注意点
甲種組合員 記号・番号	乙種組合員及び家族の一部取得の場合にご記入下さい。 甲種組合員が後期高齢者組合員の場合は、当組合発行の「後期高齢者組合員証」の記号・番号をご記入下さい。
取 得 区 分	取得する方の該当するいずれかに○をつけて下さい。
資格取得年月日	取得日を指定する場合には、必ずご記入の上、その日までに届出書類が組合に到着するように送付してください。 未記入の場合には、組合規約により届出書類を受理した日を資格取得年月日とします。（組合規約第９条第２項：加入の申込をした者は、理事が申込を受理した日に組合員又は被保険者となる。） ただし、出生の場合は出生の日、健康保険の適用除外が承認された組合員は適用除外年月日を資格取得年月日とします。
医療機関名称 所　在　地 医療機関コード 事業所区分 開設者氏名	医療機関名称は正確にご記入下さい。（記入例：医療法人○○会○○クリニック） 取得区分が甲種組合員で自宅会員や非常勤医師（大学院生など）の場合、及び家族の一部取得の場合は、医療機関名称・所在地・コード・事業所区分・開設者氏名は省略することができます。
職　　種	医師免許をお持ちの方は、「医師」とご記入下さい。 乙種組合員の方は、「看護師」「事務員」等とご記入下さい。
職業（職種）	家族となる方は、職業の有・無のいずれかに○をつけ、有の場合は（　）内に職種をご記入下さい。
現　住　所	住民票の住所をご記入下さい。電話番号は、携帯電話も可。
資格取得の理由	直前に加入していた保険の種類について該当するいずれかに○をつけ、社会保険離脱の場合は、資格喪失年月日をご記入の上、「資格喪失証明書」を必ず添付して下さい。
マイナンバーカードの健康保険証利用登録	マイナンバーカードの保険証利用登録の有無をご記入下さい。
＊	組合で記入しますので、記入しないで下さい。

- 記入漏れがないようにご注意下さい。なお、本届に関して組合より問い合わせをする場合があります。
- 記入についてご不明な点がございましたら、福岡県医師国民健康保険組合（℡ 092-431-1987）までご連絡下さい。

添付書類について

取得区分	必要な書類等
甲種組合員 （医師）	• 世帯全員が記載された住民票※1（マイナンバー及び続柄記載のもの） • 身元確認書類（医師資格証・運転免許証・旅券・マイナンバーカード表面（顔写真つきのもの）などの写し） • 預金口座振替依頼書 • 資格喪失証明書（社会保険を喪失した場合） • 健康保険被保険者適用除外承認申請書※2 • 雇用並びに健康保険非適用証明書※3
乙種組合員 （医師以外の従業員）	• 世帯全員が記載された住民票※1（マイナンバー及び続柄記載のもの） • 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写し • 資格喪失証明書（社会保険を喪失した場合） • 健康保険被保険者適用除外承認申請書※2
家族の一部取得	• 世帯全員が記載された住民票※1（マイナンバー及び続柄記載のもの） • 資格喪失証明書（社会保険を喪失した場合）

※１　３か月以内に発行されたもの
※２　健康保険の適用除外を受けて当組合に加入している事業所に、新たに加入する組合員は、健康保険被保険者適用除外承認申請が必要となりますので、適用除外承認申請書にご記入の上、取得届等と一緒にご提出下さい。
※３　勤務医師として加入する場合は、本証明書が必要となることがあります。

個人情報の取扱いについて

本組合では関係法令及び個人情報保護に関するガイドラインを踏まえ、個人情報保護方針を制定し、個人の人格尊重の理念の下に個人情報を取り扱うこと並びに個人情報保護方針を厳正に遵守することを誓約いたします。

(1)　個人情報の収集・利用及び提供について

①収集の原則

個人情報の収集は、目的を明確にし、事前に本人の同意を確認できる適切な方法で行います。

②利用・提供の原則

個人情報の利用、提供は、法令の定めに基づき事前に明確にした目的の範囲内でのみ行います。個人情報の中、特定個人情報については、法令の定める業務範囲の手続及び情報の範囲内で取り扱います。