								\ . .		下要・	/ (確認書	枚 お知ら	5せ 枚)	(様式S	3 -1)
※ 副理事長 担当理事 事務局	長 次長 課長	(補佐) 係長	係					_ *	四八田勺树		失証明 住民			本人確認	入力
				《組 <i>》</i> 被	保険者	首資格	弥取得	届		忝 な 寸 し	添 添 付 付	不 添 な 備 付 し	^対 │添な _{ク有} │付し		
				(組	合員	世帯	新規	用)		/	/ /	TEL済	/ /		
									/ /	/ /	/ /	/ /			
※ 															
	# J			※ 印(のところは記	入しない	でください	١.	「提出にあ	たっての	の注意事項」	及び「記入例」	を参照の上	、ご記入くナ	ごさい。
	ナ # BI		組合	う員マイナ保険証 "		資格	取得 従	É 前		加	<u></u> 入	状 況	11 大阪府	医師会入会	年日日
	名 性別	生年月	日 とのá	続柄 利用登録	資格取得年	月 日 事由	番号 保	除	者 名	本人家族	状	況	/\		_
組	1 男	3 昭		有	4 平成 · 5 ·	令 和	種類		斉・社保・その他	本人	平成・令和 年	月 日	年 開業年月日	月 (勤務医は家	日 就職年月日)
自	2 4	4 平 年 5 令	月 日 本.	스 · 無	年 月	日	保険者名	i i		• 家族					
				*	4 平成 • 5	令和	記号番号 種類	国保・共活	斉・社保・その他		資格喪失 · 平成 · 令和	喪失予定(加入中)	年 (開業)原	月 院の管理図	日 日
	1 男	3 昭 4 平 年	月日	有	. 1 /20	12.14	保険者名			本人	年	月 日	1///////		
	2 女	5 令	7 -	無	年 月	日				- 家 族					
		3 昭		*	4 平成 · 5 ·	令和	記号番号 種類	国保・共況	斉・社保・その他		資格喪失 ・ 平成・令和	喪失予定(加入中)	医療機関	の社会保険	適用状況
家		_	月日	有			保険者名	3	•	本人	年	月 日	適用(記号) • 未適用
	2 女	5 令	<i>"</i> -	無	年 月	日				家 族	次协市上	亦 쓰 꼭 넘/ to 1 to 1			
	1 男	3 昭			4 平成 · 5 ·	令和	記号番号 種類	国保・共活	斉・社保・その他		平成・令和	喪失予定(加入中)	がつきにくいち	合、他に連	
	. ,,	_	月日	有			保険者名	1		本人	年	月 日	ば記入してくか	ささい。	
族	2 女	5 令		無	年 月	日	記号番号			家 族	咨 核 率 牛	喪失予定(加入中)	 		_
	1 男	3 昭		有 ※	4 平成 · 5	令和	種類	国保・共況	斉・社保・その他		平成・令和				. 考
		4 平 年	月 日	•			保険者名	3		本人	年	月 日	1		
	2 女	5 令		無	年 月	日	記号番号	. 		家 族	 資格喪失 ・	喪失予定(加入中)			
令和 年 月	日 上記のと	おり念書及で	び必要書類	類を添えて届	けます。	1				•	念	書	•		
_	資格取行								約諾いたしま	きす。					
デージョン データ ディスティ ディスティ					事由	事由名称	— II ,	1. 組合員	及び准組合員	こ賦課さ		記 組合員の責任に	おいて納入す	ること。	
医療機関 名 称					番号		<u>`</u>				に属する被保障 いて取扱うこと。	食者の資格得喪	の届出、並びに	:附加給付の	支給申請
		- A	V		'	転入		1. 組合員	世帯及び准組行	合員世帯	に属する被保障	食者又は被保険 苦しくはその相続			
T E L		FΑ	Χ		3	社保喪失		1. 組合員	・准組合員の資			60℃はての柏樹			
₹	医療機関]番号()	5	他国保 組合喪失	. 1	とする: 1. 自己の		務する医	療機関における	組合員・准組合	↑員の世帯(本ノ	、及びその世	:帯に属す
組合員住所					6	市町村 国保喪失	1 1	る被保	険者)の治療(原	完外処方	せん発行を含む))については自)ほか、当組合0	家診療として請	求しないこと	- 0
(自宅) 氏名					8	出生		令和		月	日		- 1204.2 120263 120	J. L C AZ 13 7	以上
TEL		FA	X		9	開業		組合	5員氏名				(FI)		
※ 口座	銀行 信組	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		 名義	10	就職 (勤務医)							<u> </u>		
大阪府医師国民健康倪		_			19	(勤務医)									
八叉四四四四叉	N决心口 连手	71文 7末							郡市区	等医 部	i会経由印				(EII)

*マイナンバーカードの 保険証利用登録状況 記号 本 を記入して(ださい) **アストラストラストラストラストラストラストラストラストラストラストラストラストラス									
医国 0 ※即の	<mark>のところは記入しないでください。</mark> 「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。								
新 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	資格取得 年月日 資格取得 従 前 の 加 入 状 況 大阪府医師会入会年月日 事由番号 保 険 者 名 本人家族 状 況								
	4 平成・5 令和 種類 国保・共済(社保・その他) 年 月 日 年 月 日 保険者名 ○ 健康保険組合 家族 平成・6和 ○ 年 月 日 開業年月日(勤務医は就職年月) 家族								
コクホ マツコ 1男3曜 4平36年5月7日 妻 有: 金女5 キ	4 平成・5 令和 種類 国保・共済(社保・その他								
家 国保	記号番号 〇〇〇一〇〇〇 資格喪失 ・喪失予定(加入中 年 月 日 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
カー カ	2 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日								
1 男 3 昭 4 平 年 月 日 2 女 5 令	4 平成・5 令和 種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 平成・令和 年 月 日								
令和 〇〇 年 〇月 〇日 上記のとおり念書及び必要書類を添えて届	届けます。								
下 542-0062 所在地 大阪市中央区上本町西3丁目1-7 医療機関 名 称 (医) 国保医院 T E L 06 (6761) 8096 F A X 06 (6761) 8096	事由								
	他国保 とすること。								
T E L 06 (6761) 0596 F A X 06 (6761) 0596	9 開業 組合員氏名 <i>国保 太郎</i> (国)								
※ 口座 銀行	10 (勤務医) 19 その他 郡市区等医師会経由印 即 「即 「 10 (動務医) 「 10 (動務医) 「 11 (動務医) 「 12 (動務医) 「 13 (動務医) 「 14 (動務医) 「 15 (動務医) 「 16 (動務医) 「 17 (動務医) 「 18 (動務医) 「 19								



資格取得届(組合員世帯新規用)提出にあたっての注意事項

- 開業・勤務等により加入する場合(大阪府医師会入会)には、資格 取得届を事由が発生した日から14日以内にご提出ください。
- ○この届には所属郡市区等医師会の経由印が必要です。
- 70歳以上の方が加入する場合は、「高齢受給者証」の交付対象者 となりますので、マイナンバーによる所得情報照会事務を実施し、 所得判定を行います。
- 家族加入資格は、組合員と同一世帯に属している家族に限ります。

< 添付書類 > -

- 〇世帯全員の住民票(住民票謄本)
 - ・家族加入や組合員単独加入にかかわらず、すべて添付が必要。 《【注】世帯全員が記載されている住民票を添付》
- 〇「国民健康保険料振替納付申出書」
 - ・申出書に基づき保険料を口座より引落
 - ・保険料は組合員単位で自動振替 (詳しくは「保険料の納付について」を参照)
- 〇『健康保険被保険者適用除外承認申請書』
 - 厚生年金適用事業所に勤務で、常勤の場合は添付
- ○『「健康保険被保険者適用除外承認申請書」不要理由書』(様式S-3)
 - ・厚生年金適用事業所に勤務で、<u>非常勤</u>の場合は添付
- 大学医師会より加入の方は、別紙、所定の『念書』(3部複写)を添付
- ○世帯における保険の加入状況 確認書 (S-14)
- 〇個人番号届出書(S-15)
- ○個人番号カード(両面)または個人番号通知カードのコピーと本人 確認書類(※)(運転免許証、パスポート等の顔写真証明書の写し)
 - (※)マイナンバー提出時には、なりすましを防止するため、厳格な本人確認をすることが個人番号法により定められています。

★記入方法

〇氏名・・・・組合員及び加入する家族の氏名・フリガナ

〇 性別・生年月日 ・・・・ 組合員及び加入する家族の男女の別・生年月日

○ 組合員との続柄 ・・・ 組合員から見た続柄

○マイナ保険証利用登録・・・・個人ごとのマイナンバーカードの保険証利用登録状況を○で囲む

〇 資格取得年月日 ··· ※記入不要

○ 資格取得事由番号 ·・・・ 資格取得事由番号の中から、該当する番号を選び記入

○ 従前の加入状況(当組合に加入するまで加入していた公的保険について)

・保険者名・種類 ・・・該当する保険の種類を〇で囲む

・記号番号・・・・加入していた保険の記号番号

・本人・家族 ・・・加入していた保険の本人加入・家族(扶養)加入の別

・状況・・・・加入していた保険の資格喪失日もしくは、喪失予定日を記入

〇大阪府医師会入会年月日

・・・大阪府医師会に入会した日

○ 開業年月日 ・・・・ 開業日もしくは開業予定日(勤務医の方は就職年月日)

○ 医院の管理医師氏名・・・ 医院の管理医師氏名

○医療機関の

社会保険適用状況 ・・・社会保険(厚生年金)適用事業所の場合は適用を○で囲んだ上、事

業所記号を記入

厚生年金の適用を受けていない事業所の場合は、未適用を○で囲む。

〇 その他連絡先・・・・診療中・休診日等で組合員に連絡がつきにくい等。 ご希望される

連絡先(携帯電話・事務担当者や事務委託先等)がある場合は記入

○組合員 ···組合員の住所(住民票の住所)・氏名・TEL・FAX

○ 口座 ・・・・※記入しないでください

○ 念書・・・・届出にあたり、内容を熟読の上、日付記入・署名・捺印

- 資格取得日について -

取得日は医師国保組合規約取扱規則第4条に基づき決定します。